L'ODONTOLOGIE



L'ODONTOLOGIE

LA "REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE" ET "L'ODONTOLOGIE" RÉUNIES

DIRIGÉES PAR PAUL DUBOIS DE 1881 à 1896

REVUE BI-MENSUELLE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

Organe de l'Association générale des Dentistes de France, de l'École Dentaire de Paris & de la Société d'Odontologie de Paris.



TOME XXXI

1er Semestre 1904

24e ANNÉE. — 2e SÉRIE, VOL. XVIII

RÉDACTION ET ADMINISTRATION

À L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS, 45 Rue de la Tour d'Auvergne PARIS.

24e ANNÉE. N° 1 15 JANVIER 1904 VOL. XXXI



***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

Nous sommes heureux de publier en tête de ce numéro, contrairement à l'habitude que nous avons prise pour les communications émanant de la Fédération dentaire internationale, auxquelles nous réservons un Bulletin spécial encarté dans L'Odontologie, *le remarquable article suivant, dû à M. le Dr Kirk, doyen de l'Université de Pensylvanie, directeur du* Dental Cosmos *et secrétaire général du Comité d'organisation du Congrès de Saint-Louis.*

Cet article doit paraître en même temps dans les journaux professionnels les plus répandus du monde entier. L'érudition de l'auteur, son caractère unanimement estimé, son autorité morale sur ses confrères de tous les pays donnent à ce document un intérêt tout particulier, et nous croyons qu'il aura une portée considérable sur l'avenir de la Fédération dentaire internationale.

Les idées élevées qui y sont développées ont été mûrement réfléchies et la philosophie qui s'en dégage est de nature à exercer une heureuse influence sur tous ceux qui tournent leurs regards vers l'idéal professionnel.

P. M.

LA FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Par le Dr Kirk, de Philadelphie.

L'histoire de la naissance et de l'activité subséquente de cette organisation, qui représente un grand mouvement international vers l'harmonie de l'activité dentaire mondiale, est déjà bien connue par

les travaux publiés et les comptes rendus de ses réunions qui ont paru dans nos journaux périodiques. Organisée à la clôture du 3e Congrès dentaire international à Paris en 1900, elle n'a pas seulement éveillé un intérêt universel sur ses desseins et ses travaux dans la courte période qui a suivi cet événement, mais elle a déjà fait beaucoup pour l'accomplissement des choses pour lesquelles elle a été créée.

Quand nous considérons que la première association de praticiens dentaires dans l'histoire du monde pour le progrès mutuel, l'échange d'idées et le relèvement de la profession, fut fondée en 1839, le pas qui a été fait soixante ans plus tard seulement dans la voie d'une organisation ayant pour but l'application des mêmes principes à la profession dentaire du monde semble vraiment prodigieux.

On ne trouvera peut-être pas de preuve plus frappante du développement rapide de l'effort associé dans l'histoire de toute autre profession d'un genre analogue, et tout en applaudissant à l'entreprise, c'est faire acte d'un conservatisme raisonnable que de porter son attention sur la possibilité future de la tendance qui l'a matérialisée et de sauvegarder ainsi son activité, afin qu'elle puisse causer la plus grande prospérité de la profession dentaire prise dans son ensemble.

Les circonstances qui ont conduit à la création de la Fédération internationale sont d'un grand intérêt et d'une grande importance. Nous ne faisons pas ici allusion aux incidents qui, au Congrès de 1900, ont été la cause de la création de cette organisation, mais bien aux sentiments de confraternité internationale et au désir d'harmonie plus générale dans les idées et les méthodes dentaires que le Congrès de 1900 et les groupements internationaux précédents ont fait naître.

C'est le développement du sentiment de l'association pour l'unification qui se montrait chez les représentants de tous les pays qui a trouvé son expression dans l'organisation de la F. D. I.

Aucune idée comprenant un grand principe ne peut s'appliquer d'une façon complète. Elle doit mûrir, croître et être mise à l'épreuve par les circonstances et l'expérience avant de pouvoir donner ses meilleurs résultats. Dès le début il devint de la plus grande importance de considérer soigneusement sa politique et de définir son but, ses pouvoirs et ses limites, pour qu'elle pût poursuivre son rôle utile.

Les notions préconçues sur l'objet et la signification de l'effort associé basé sur l'expérience dans les organisations nationales et locales furent jugées inapplicables à l'effort associé du côté international.

Peu à peu on s'est aperçu que le facteur législatif, qui exerce son influence à un degré plus ou moins grand dans tout autre organisation dentaire, est un élément impossible dans les relations internationales.

Dans l'évolution de l'organisation du plan de la F. D. I., deux ans s'écoulèrent avant que la conception de la limitation de son champ d'action à un rôle exclusivement consultatif et l'élimination du caractère législatif fussent clairement définies dans une déclaration formelle de principes.

Au Congrès de Stockholm en 1902, le président Godon énonça dans son discours le principe fondamental sur lequel cette grande manifestation internationale d'efforts associés devait s'appuyer pour atteindre son but. Ce principe est exprimé d'une façon si claire que nous le citons ici en entier :

« Chaque pays est sous la dépendance de ses mœurs, de ses coutumes, de son évolution historique, de ses lois, et comme toutes ces conditions sont assez différentes, notre commission internationale ne peut pas avoir d'autre prétention (comme l'a très bien précisé notre collègue le professeur Hesse, de Leipzig) que d'émettre des avis, de donner des conseils dépourvus de sanction réelle, mais n'en ayant pas moins une certaine autorité morale, par suite des compétences spéciales qui composent la Fédération, et susceptibles en conséquence d'être pris en considération par les personnes qualifiées dans chaque pays pour édicter des décisions ayant force de loi. Votre rôle a donc été limité à celui d'un grand conseil consultatif international de l'art dentaire. »

Nous approuvons sans restriction les principes formulés dans la déclaration précédente, car nous croyons que les temps sont venus où le développement de la dentisterie et la définition pratique de sa situation par rapport aux autres professions et à la société en général peuvent être le mieux assurés par un système de conférences internationales comme celui que l'organisation de la Fédération a entrepris d'établir.

On ne conteste pas ce fait que les facteurs éducateurs et législatifs qui influencent fondamentalement notre développement professionnel et nos résultats pratiques sont encore dans un état plus ou moins embryonnaire. Cela est surtout vrai quand nous comparons l'idéal des différents pays en ce qui concerne ces questions.

Il peut être vrai que chaque pays a développé le système d'éducation et de pratique qu'il croyait être le mieux adapté à ses besoins. Cependant, d'un autre côté, il est vrai aussi que chaque pays est con-

traint par les forces inexorables de l'évolution à réadapter son idéal d'éducation à des conditions qui changent constamment.

Le nouveau doit remplacer l'ancien dans la dentisterie comme dans toute autre branche, et le type de conservatisme qui se reposerait satisfait d'une œuvre donnée, sans vouloir faire plus d'efforts en avant vers le progrès, ressemble à l'homme qui lutte à la tête d'un cortège et refuse d'avancer. Il devient un obstructionniste qui encombre inutilement le sol, et la société l'écarte rapidement pour faire place aux éléments plus progressifs.

Le but de la F. D. I. est d'arriver à une plus grande harmonie de l'idéal sur le meilleur champ d'activité professionnelle, et c'est pourquoi elle tend vers l'unification internationale.

Il nous faut examiner soigneusement cette proposition afin d'éviter une conception erronée qui pourrait facilement nuire aux intérêts qui doivent résulter normalement d'un principe aussi important.

L'unification et l'harmonie sont des termes qui ont été dernièrement beaucoup à l'ordre du jour en ce qui concerne les questions d'éducation et de législation en dentisterie.

On a beaucoup écrit et parlé en faveur de la réalisation pratique des conditions représentées par le sentiment latent commun aux deux.

Les enthousiastes ont vu dans l'unification de l'éducation et de la législation la solution de la plupart des difficultés que la dentisterie a à résoudre comme profession ; mais on ne devra pas oublier que l'unification ne peut pas être un bien sans mélange ; elle peut même être positivement mauvaise si elle n'est pas basée sur le meilleur accomplissement possible et les principes les plus élevés adaptés au cas.

La société fournit des exemples innombrables d'unification basée sur des conceptions entièrement fausses de ce qui est bien ou meilleur.

Les myriades de mots en *isme* et de mots en *pathie* qui imposent leur foi et leurs dogmes avec plus ou moins d'acuité à un public qui souffre depuis longtemps sont des exemples de satisfaction de soi-même avec un idéal personnel d'unification basé sur des principes considérés comme erronés par ceux qui n'ont pas la même foi et la même croyance.

Il semble donc clair que nous devons réaliser l'unification de notre idéal d'éducation et de législation dentaires par l'intermédiaire d'une série de conférences. Notre but principal ne doit pas être l'unification, mais l'évolution de principes « idéalement » corrects et l'harmonie sur le meilleur champ possible d'activité et de projets. Cela fait, l'unification en résultera comme la conséquence inévitable.

Nous avons parlé de la tendance qui existait dans la majorité des efforts vers l'unification pour en faire le but principal. Il semble clair que chaque fois que cela a été le cas, il s'est produit cette erreur que l'on fixait une limite restrictive à un développement ultérieur.

On devrait admettre une profession de foi, un code, une constitution ou un ensemble d'articles consentis qui, tout en maintenant pour un temps l'unité de son organisation, empêcheraient son développement au delà des limites originairement prescrites à son activité.

Les nécessités du cas rendent un tel plan désirable jusqu'à un certain point dans nos organisations nationales et locales ; dans une organisation comme celle de la F. D. I. cela serait non seulement impossible, mais ferait échouer son but, qui a été exposé d'une manière si précise par son président, dont nous avons déjà cité les paroles.

On ne peut mettre en doute l'utilité d'un grand « Conseil consultatif international » de l'art dentaire, arène dans laquelle les idées des « leaders » de la pensée dentaire de chaque pays peuvent être mises à l'épreuve par la comparaison critique ; où le bon grain peut être séparé de l'ivraie, les erreurs peuvent être éliminées, et où ce que chaque nation a de mieux à montrer est mis à la disposition des autres. Le développement de la dentisterie s'est fait au delà des limites géographiques de chaque nation, et la dentisterie du monde doit avoir sa représentation, et une association organisée, comme l'ont eue jusqu'ici les nations, les Etats et les municipalités.

Le mouvement international doit, toutefois, être protégé pour toujours contre cette tendance à faire de lui un corps législatif, dictatorial et de commandement envers les facteurs nationaux qui peuvent le composer.

La déclaration du président de la Fédération exprime sans nul doute la même opinion, et, à notre avis, l'organisation durera ou tombera suivant qu'elle restera attachée à cette déclaration ou qu'elle l'oubliera.

Comme grand Conseil consultatif international, les nations de la terre doivent donner leur adhésion au principe au nom duquel il existe. Si c'était, au contraire, un corps législatif se formant pour centraliser le pouvoir afin de contrôler politiquement les activités nationales au point de vue international, ce serait un gigantesque échec ; — c'est une éventualité qui, si elle devait jamais se produire, ferait mieux de ne pas survenir.

Le rôle de la National Dental Association des Etats-Unis en ce qui regarde le but de la Fédération est tout à fait conforme au prin-

cipe exposé dans le discours présidentiel de la réunion de Stockholm, et cette attitude est formulée dans la décision prise à Asheville en juillet 1903, au sujet de la délégation de la National Dental Association à la réunion de la F. D. I. qui doit avoir lieu à St-Louis en même temps que le 4e Congrès dentaire international.

Cette décision est la suivante :

Il est décidé que cinq délégués seront nommés par le président qui auront le pouvoir de représenter l'Association à la réunion de la Fédération dentaire internationale qui doit avoir lieu à St-Louis en même temps que le 4e Congrès dentaire international en 1904.

Il est décidé que ces délégués devront borner l'affiliation et la coopération de la National Dental Association à la politique et aux travaux de la Fédération dentaire internationale strictement au rôle d'un Conseil international consultatif.

La F. D. I. est tenue par sa déclaration à diriger ses travaux de telle manière qu'elle ne gêne en aucune façon les intérêts nationaux et ne provoque aucun froissement local. Elle est opposée à toute tentative de centralisation de pouvoir; elle demande qu'on appuie ses efforts pour établir un grand « Clearing-House international[1] » pour les idées, afin qu'elles mûrissent dans des conférences et passent ensuite à l'option des participants. C'est pourquoi, en vue de ses principes nous combattons pour que l'on voie que son désir d'être approuvée par toutes les nations est bien fondé.

Une réunion de la Fédération aura lieu en même temps que le 4e Congrès et l'avenir de la Fédération sera un des sujets importants que l'on aura à discuter et à fixer à cette époque.

Nous croyons sincèrement que son utilité pour l'avenir de la dentisterie dans le monde entier sera entièrement reconnue et que, grâce à une sage prudence et à un bon jugement, son action sera entièrement exempte de toute tendance basée sur des intérêts personnels ou politiques, et que son immense pouvoir pour amener l'harmonie professionnelle à de grandes hauteurs pourra être pleinement obtenu.

1. Banque pour les règlements de compte entre banquiers.

LE TERRAIN EN ODONTOLOGIE

Par le Dr Frey,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,
Dentiste des hôpitaux.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 5 janvier 1904.)

CARIE DENTAIRE

Influence du terrain dans l'étiologie de la carie dentaire.

Dans un précédent article nous avons étudié d'une façon générale les influences réciproques des troubles bucco-dentaires et du terrain (avril 1903).

Aujourd'hui nous commençons la série d'études spéciales que nous annoncions par celle de l'influence du terrain dans l'étiologie de la carie. Ultérieurement nous suivrons cette influence dans les symptômes et les complications de la carie ; puis, retournant les termes du problème, nous rechercherons les effets de la carie sur l'état général.

Nous définissons la carie dentaire une altération des tissus durs de la dent, caractérisée par sa nature infectieuse, sa progression de la périphérie au centre et pouvant aboutir à sa désintégration complète.

Avant de nous étendre sur les influences de terrain, c'est-à-dire sur les causes prédisposantes, nous prions le lecteur de jeter un coup d'œil sur ce tableau synoptique de toutes les causes de la carie dentaire.

Causes prédisposantes.

1. — Causes prédisposantes générales.

(A) Age. — Tous les âges ; dès la 3e année pour les dents de lait ; pour les dents permanentes, l'âge adulte plus prédisposé que la vieillesse.

(B) Sexe. — Carie plus fréquente chez la femme dans la proportion de 3 à 2.

(C) Constitution. — Influence de l'état de santé ou de maladie.

(D) Hérédité. — Hérédité de race.

2. — Causes prédisposantes locales.

(A) Imperfections de structure congénitale { superficielles. / profondes.

(B) Les dents supérieures sont plus prédisposées à la carie que les inférieures, sauf pour la 1re et la 2e grosse molaire inférieures.

Influence prédisposante des anfractuosités à la surface des dents, des interstices.

Causes occasionnelles.

Sur la dent prédisposée *elles ouvrent la porte d'entrée* aux agents infectieux.

Fissures et traumatisme des dents, leur *usure pathologique*, *résorption alvéolaire*, *gingivo-stomatites*, *tartre sérique* qui exposent le cément des racines aux influences extérieures ; *agents chimiques*, dont les uns altèrent l'ensemble des tissus dentaires uniformément, les autres désorganisent spécialement l'émail et d'autres exclusivement l'ivoire et le cément ; *micro-organismes* de la bouche, qui, en attaquant l'émail, ouvrent la porte d'entrée.

Causes efficientes.

Agents infectieux, sans spécificité absolument nette, mais tous agents de fermentations acides décalcifiantes.

Parcourons à présent le groupe des causes prédisposantes ; leur influence sur la carie a donné lieu à deux théories contradictoires en apparence, mais qui, en réalité, se complètent mutuellement.

L'une s'attache à la structure intime de la dent, à sa calcification, à son *coefficient de résistance minérale* (Galippe, Magitot, Paul Ferrier).

L'autre ne considère que le *milieu buccal* dans ses rapports avec l'état général et dans ses réactions sur les tissus de la dent (Blach et Williams, Michaëls, Kirk, Johnson).

Passons en revue ces deux théories et voyons ensuite comment elles s'appliquent à toutes nos causes prédisposantes.

COEFFICIENT DE RÉSISTANCE MINÉRALE. — La dent est un organe qui, constamment, se calcifie non point pour augmenter ses dimensions extérieures, puisque, dès l'éruption de la couronne, celle-ci possède son volume définitif, mais pour accroître sa résistance intime aux efforts de la mastication. Dans les dernières années de sa vie, Magitot insistait beaucoup sur cette calcification profonde de la dent, qu'il

considérait comme une loi de l'évolution dentaire ; en effet quand la couronne vient de faire son éruption, la chambre pulpaire et ses dépendances radiculaires occupent encore un espace considérable dans la dent ; mais les odontoblastes président à la formation de dépôts progessifs d'ivoire qui rétrécissent peu à peu et la chambre de la pulpe et le canal de la racine, si bien que dans la vieillesse la dent est presque entièrement minéralisée. La dent de lait ne subit pas le même phénomène que la permanente ; après l'éruption ce travail de calcification profonde ne se fait plus ou se fait peu, c'est, au contraire, une décalcification profonde qui fait apparaître la dent de lait au moment de sa chute, comme usée et réduite à un simple chapeau.

Galippe a donné à ces observations une valeur pour ainsi dire mathématique en déterminant la densité des dents au moyen de la méthode du flacon ; il a constaté : 1° que la densité des dents permanentes s'accroît constamment depuis l'enfance et que les variations qu'elle est susceptible d'éprouver varient suivant les oscillations de la nutrition dans l'état de santé et de maladie ; 2° qu'en comparant la densité des dents avec leur composition centésimale en éléments minéraux et organiques, on voit que cette densité est d'autant plus considérable que la matière organique est en moindre proportion et les éléments minéraux plus abondants.

C'est Galippe qui a donné à cette teneur en éléments minéraux le nom de *coefficient de résistance minérale,* ayant observé que la dent résiste d'autant mieux à l'action des micro-organismes agents de la carie qu'elle est plus richement minéralisée.

Quant à cette minéralisation elle-même, sa progression croissante jusqu'à la vieillesse est susceptible d'être influencée par l'état de santé ou de maladie, par l'hygiène, l'alimentation et la thérapeutique.

Paul Ferrier en a donné une intéressante démonstration dans ses relations de nutrition entre le squelette et les dents. « A dents légères, squelette léger » dit-il ; il donne le nom

d'ostéocie à cette légèreté spécifique des os (οστεον-os) (ωκυς, léger) et pour les dents celui *d'odontocie ;* il cite de nombreuses observations d'ostéociques à dents molles et cariées ; il relève d'une part des cas de fracture des os coïncidant avec des poussées de caries dentaires et il observe d'autre part des arrêts dans les caries chez des gens qui se calcifient en buvant de l'eau bicarbonatée calcique[1] ; dans un service d'enfants, il constate des troubles dentaires prononcés chez les petits malades atteints d'ostéomyélites de sièges divers ; plus tard c'est la fréquence des caries dentaires en rapport avec les poussées de croissance ; plus tard enfin l'adulte, en condensant ses os, condense aussi ses dents dont les caries deviennent moins nombreuses, certaines même passant à l'état de caries sèches.

Donc les dents subissent une calcification constante, elles sont plus ou moins vulnérables suivant leur calcification et cette calcification est elle-même influencée par l'état de santé ou de maladie.

MILIEU BUCCAL. — A la suite de longues recherches sur les caractères physiques des tissus durs de la dent, le Dr Black (*Dental Cosmos,* vol, 37, p. 417) a été amené à détourner l'attention du coefficient de résistance minérale et à faire envisager exclusivement le *milieu buccal* et son influence, sur les agents destructeurs de la dent.

En effet « les analyses sur la densité, dit-il, sur la proportion de sels de chaux et sur la résistance des dents que nous avons faites sur un nombre suffisant de dents pour nous permettre d'en déduire des conclusions dignes de foi, nous ont démontré que ni la densité, ni la proportion de sels de chaux, ni la résistance ne peuvent être considérées comme des facteurs prédisposants de la carie dentaire ou même comme des facteurs susceptibles de retarder l'apparition ou le progrès de la carie ».

En même temps que Black faisait ses intéressantes re-

---

1. Boussingault a démontré que le bicarbonate de chaux de l'eau de boisson suffit pour entretenir le squelette des animaux. L'eau d'Alet est un type d'eau bicarbonatée calcique.

cherches, le Dr J. Léon Williams dans une série de travaux a essayé de détruire également la théorie de l'origine interne de la carie ; signalons notamment ses communications à la New-York odontological Society en 97, à la British Dental Association en 98 et de nouveau à la New-York odontological Society en 99. Seul le milieu buccal aurait de l'importance dans le développement et l'action de pellicules bactériennes gélatiniformes et ce serait à l'abri de ces pellicules adhérentes aux dents que les microbes pourraient accomplir leur travail de destruction *de l'émail*[1].

Qu'est-ce donc que ce milieu buccal, auquel, après Black et Williams, la plupart des auteurs attribuent une importance presque exclusive dans l'étiologie de la carie et en particulier Kirk, Johnson et Michaëls ?

Il est constitué par le mélange suivant :

La salive, produit de la sécrétion des trois groupes de glandes salivaires.

Le mucus buccal, dû à la sécrétion des innombrables glandules de la muqueuse buccale.

Une *quantité de cellules épithéliales* provenant de la desquamation de la muqueuse et de *corpuscules* dits *leucocytes* provenant du vaste système lymphoïde sous-muqueux ; de *micro-organismes,* aussi nombreux que variés, qui à l'état normal, c'est-à-dire dans l'état d'équilibre biologique (Lebedinski), sont à l'état de saprophytes[2].

---

1. Williams, sur des coupes par usure, a montré à la surface de l'émail une pellicule qui y maintenait comme agglutinés de nombreux microbes et l'émail portant des traces de désorganisation ; il est vrai que Miller (*Dental Cosmos,* 1902) met en doute cette plaque bactérienne dans ses rapports avec la carie.

2. Rappelons ici ces deux importantes propositions de notre collègue et ami le Dr Lebedinski qui trouvent leur application, la première dans nos considérations actuelles et la deuxième dans une étude ultérieure, conformément au programme que nous nous sommes fixé : 1° l'équilibre biologique du milieu buccal est en rapport direct avec l'équilibre général de notre économie. Que la balance de l'équilibre général penche d'un côté, l'équilibre buccal en souffrira et cette absence d'équilibre se manifestera par différentes lésions locales, de la bouche et de ses annexes ; 2° l'équilibre général de tout notre organisme est en rapport direct avec l'équilibre biologique du milieu buccal. Que la balance de l'équilibre buccal penche d'un côté, l'équilibre général en souffrira et cette absence d'équilibre se manifestera par différentes infections générales engendrées par des micro-organismes dont le point de départ est la cavité buccale.

Ce milieu buccal est *a)* influencé par l'état général et *b)* il devient alors favorable ou nuisible à la carie.

a) Le milieu buccal et l'état général. — Grâce aux laborieuses et intéressantes recherches de Michaëls (3e Congrès dentaire international de Paris 1900), nous avons à présent la confirmation que la salive, dérivant du sang, en suit toutes les variations chimiques et nous comprenons que ce chimisme salivaire devra avoir une action sur les dents soit directe, soit indirecte, comme milieu de culture. Malheureusement la question est si complexe qu'elle recèle en elle-même et soulève autour d'elle une multitude d'inconnues.

Quoi qu'il en soit, Michaëls a pu de ses travaux tirer les conclusions suivantes :

1° La salive contient tout principe chimique soluble et cristallisable, en excès dans le plasma sanguin, susceptible d'être dyalisé par l'activité glandulaire ;

2° Tout principe chimique en solution dans la salive pathologique se présente après précipitation et cristallisation sous forme de silhouettes spectrales déterminées (visibles suivant les cas au microscope ou au micropolariscope), constamment identiques pour les mêmes états diathésiques ; la présence des sels acides de la salive, visibles par polarisation, indique la diathèse hyperacide ; la présence des sels, invisibles par polarisation, mais visibles par le microscope, caractérise les chlorures alcalins spécifiques de la diathèse hypoacide ;

3° La salive des adolescents contient du glycogène susceptible de fermentation lactique sous l'influence de la ptyaline en présence d'un sel terreux [1] ;

4° La carie dentaire est une maladie de déminéralisation par la présence en excès de principes acides dans la salive ayant

1. Kirk (*Odontologie*, 15 avril 1903) fait remarquer avec raison la similitude de coloration que présentent les réactions respectives du glycogène et de l'érythro-dextrine à la solution iodo-iodurée ; d'où la possibilité d'une erreur en ce qui concerne l'affirmation de la présence du glycogène. On sait en effet que l'action diastasique de la ptyaline sur les amylacés (et ce peuvent être des débris alimentaires hydrocarbonés) provoque, dans la série des produits auxquels donne naissance la dégradation de l'amidon, la formation d'érytho-dextrine.

une affinité supérieure aux combinaisons chimiques des dents.

Donc, dans le milieu buccal, la salive a sa composition chimique qui subit l'empreinte de l'état général ; celui-ci exerce également une influence marquée sur l'abondance de la sécrétion muqueuse, sur la desquamation épithéliale, l'état du système lymphatique et la richesse de la flore buccale, ainsi qu'on l'observe dans certains troubles de la nutrition, dans certaines pyrexies et dans les affections du système nerveux.

b) Le milieu buccal et la carie.— Voyons donc maintenant en quoi ce milieu buccal, à la fois si complexe dans sa composition et si subordonné à l'état général, peut favoriser ou entraver l'apparition et le développement de la carie dentaire.

Nous savons avec quelle facilité guérissent en général les plaies intra-buccales et nous avons tous observé tantôt des bouches fort mal tenues et indemnes de carie dentaire, tantôt des bouches présentant des caries, mais celles-ci arrêtées dans leur évolution.

On a cherché à expliquer ces faits par un simple rôle *mécanique* que présenterait la salive entraînant et diluant les bactéries et les débris alimentaires dans les mouvements de déglutition et de mastication. Il est certain que ce travail de nettoyage automatique de la bouche est extrêmement important et tous les praticiens savent avec quelle rapidité les dents dont on ne fait pas usage se chargent de dépôts. (Frey et Sauvez, *Gaz. des hôpitaux*, 1893).

On a invoqué également la réaction alcaline de la salive normale, qui neutralise les fermentations acides et Miller explique la rareté relative de la carie dentaire chez le cheval par la réaction fortement alcaline de la salive.

Enfin on a attribué au *mucus buccal* et à *la salive* une action *bactéricide*.

Pour ce qui est du mucus, cette action est absolument discutable ; sans doute Wurtz et Lermoyez (*Soc. biologie*, 1893), sont d'avis que le mucus buccal et le mucus nasal possèdent une action antiseptique, mais déjà Thomson

et Hewleth (*Lancet,* 1897) ne la considèrent plus que comme retardante sur le développement des bactéries et Galippe la nie absolument (*Connaissances médicales,* 1894), ainsi que Klemperer (*Münch. med. Woch.,* 1896). Miller (*Dental Cosmos,* 1903), par ses belles expériences, constate une action fermentescible bien plus intense dans la salive contenant de grandes quantités de mucus que dans la salive du même sujet comparativement libre de mucus, ce qui ne saurait assurément pas s'expliquer avec l'hypothèse que le mucus possède une influence bactéricide ou même retardante.

Bien plus discutée encore est l'action bactéricide propre de la salive : Florian (*Gaz. médic. de Paris,* 1859) attribue à la salive un pouvoir antiseptique direct quoique faible, il l'explique par la présence du sulfocyanure de potassium en quantité variable de 0,07 à 0,1 pour 1000. Miller fait observer que ces chiffres sont tout à fait inexacts, que la proposition varie en réalité de simples traces (0,001) à 0,125 pour 1000 et il ajoute que, dans ses expériences avec une bactérie de la carie et avec le B. prodigiosus, bien loin de constater une influence même retardante, il a observé qu'une petite quantité de sulfocyanure est plutôt favorable au développement des bacilles.

Déjà Hugenschmidt, en octobre 1896, remarquait que le sulfocyanure de la salive avait une action antiseptique des plus faibles, sinon tout à fait nulle.

Sanarelli (*Centrbl. f. Bact. u Parasiten Kunde Bd. X*) partage les vues de Florian en les généralisant, car ce pouvoir bactéricide, il le considère comme une propriété de la salive mixte elle-même. Mais Miller, lui, fait la grave objection suivante : « Sanarelli, dit-il, dont les expériences furent longtemps considérées comme concluantes, filtrait la salive à travers des bougies Chamberland, procédé qui la privait de la plus grande partie des matières nutritives, car elle ne contenait, après filtration, qu'une faible fraction de la substance organique que nous avons l'habitude d'ajouter à nos milieux de culture ; et quand, par suite, des bactéries

particulièrement sensibles refusaient de se développer dans cette solution, ce fait ne pouvait être regardé comme preuve de son action antiseptique. »

Hugenschmidt, vérifiant les expériences de Sanarelli, n'aboutit pas à ses conclusions. Enfin Miller prend divers tubes contenant de la salive filtrée, additionnée de bouillon de culture et un nombre égal de tubes de contrôle renfermant seulement de l'eau distillée avec le bouillon ; il ensemence le tout avec une bactérie provenant de la carie dentaire et il constate que la *salive n'exerce pas même une influence retardante.*

Poppert (*Med. Woch.* 1893) va encore plus loin en déclarant que la haute mortalité résultant de l'extirpation du larynx doit s'expliquer par le fait que la salive et le mucus buccal, venant en contact avec la plaie, créent les conditions les plus favorables au développement de la pneumonie.

« *Donc de ces observations et expériences nous pouvons conclure que, dans le milieu buccal, ni le mucus, ni la salive ne possèdent un pouvoir bactéricide propre.* »

Mais la salive fraîche ne posséderait-elle pas des substances bactéricides analogues aux *alexines* du sang (αλεξειν, préserver)? A ce point de vue, les recherches d'Hugenschmidt et de Miller avec de la salive chauffée à 55° (pour lui faire perdre une action bactéricide hypothétique), puis rechargée de quelques gouttes de salive fraîche (pour lui rendre cette action supposée), ont été *absolument négatives.*

Reste alors, dans notre discussion, pour expliquer l'action bactéricide du milieu buccal, maintenant que nous avons admis son rôle mécanique et son rôle d'alcalin antiacide, maintenant que nous avons réduit à néant le rôle antiseptique attribué au mucus et à la salive, reste, dis-je, l'action des *micro-organismes* et des *leucocytes.*

Hugenschmidt a montré les propriétés chimiotactiques positives de la salive non filtrée, propriétés qu'elle perd quand on la filtre ; ce sont donc évidemment les seuls produits élaborés par les bactéries qui possèdent la faculté d'attirer les phagocytes ; mais, dans la carie dentaire, qui

nous occupe actuellement, nous croyons, avec Miller, que l'action des phagocytes n'est guère à considérer ; au contraire, dans les affections des tissus mous de la bouche, la phagocytose joue un rôle fort important.

Dans la carie, ce qui a un pouvoir probablement très grand pour protéger la dent contre les microbes pathogènes, c'est *leur lutte pour l'existence;* parmi toutes les remarquables expériences de Miller, citons celle-ci absolument confirmative : « Je rinçai ma bouche, dit-il, avec un bouillon de B. prodigiosus, contenant plus de deux milliards de bacilles ; aussitôt après, puis à divers intervalles, je comptai les bacilles contenus dans une parcelle de ma salive ; voici le résultat :

Au début....................	97.600
Après 1 heure	1.220
— 2 —	127
— 3 —	17
— 6 —	0

» Bon nombre d'autres bactéries, ajoute Miller, qui pénètrent dans la bouche humaine, subissent sans doute le même sort, c'est-à-dire sont vaincues dans leur lutte pour l'existence. »

De toutes les considérations qui précèdent sur le milieu buccal, sa constitution et ses rapports avec l'état général et la carie, nous tirons la conclusion suivante : l'état général détermine le chimisme salivaire et fait du milieu buccal, suivant les variations de l'équilibre biologique, un bouillon de culture plus ou moins favorable aux microbes de la carie.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à étudier rapidement les rapports pathogéniques qui relient toutes les causes prédisposantes, énumérées dans notre tableau, à la calcification dentaire et au milieu ; nous constaterons alors que calcification et milieu, bien loin de se contrecarrer, se supperposent et se complètent pour expliquer les influences du terrain dans l'étiologie de la carie.

A) Age.
B) Sexe.
C) Constitution.

Pour ces trois groupes de causes, les deux facteurs que nous venons d'étudier nous font parfaitement comprendre leur influence prédisposante ; tantôt ils agissent parallèlement, additionnent leurs influences, tantôt un seul est à considérer.

Dans l'enfance et l'adolescence par exemple, une calcification insuffisante et l'éveil des diathèses signalé dans le milieu buccal nous expliqueront l'influence de l'âge pour l'apparition et le développement de la carie.

Dans la vieillesse, c'est le milieu buccal seul avec les infections locales qui sera en cause.

Chez la femme, par la grossesse et la lactation, qui amènent une période d'arrêt dans la calcification intra-dentaire, qui réveillent toutes les infections buccales en rompant l'équilibre biologique de Lebedinski, par les menstruations qui troublent également cet équilibre, nous nous expliquons la fréquence plus grande de la carie dentaire.

Quant à la constitution, qu'elle soit robuste et à belles dents, qu'elle soit affaiblie par les maladies et à mauvaises dents, nous n'avons qu'à rappeler l'influence parallèle des troubles de calcification et des infections réveillées dans le milieu buccal ; qu'il s'agisse de la croissance pathologique, du rachitisme, des maladies aiguës, de la syphilis héréditaire ou acquise, ces deux facteurs pathogéniques nous donnent la clef de la prédisposition à la carie.

D) *Hérédité.* — Ici l'influence héréditaire de race, invoquée par Broca et Magitot, semble absolument fatale, indépendante des deux facteurs sur lesquels nous insistons avec toute notre conviction.

Voyons si leur influence n'entre pas en ligne de compte. Comme nous le disions déjà dans le numéro d'avril, qu'est-ce que l'hérédité en soi? Qu'est-elle en dernière analyse ? « Il faut chercher plus loin, dit Paul Ferrier ; l'hérédité si souvent invoquée pour la carie est plutôt faite d'une simili-

tude de goûts dans l'alimentation que de la constitution même des cellules », et Ferrier objecte à Broca et à Magitot que sur un même sol vivent actuellement les représentants de races bien différentes ; c'est ainsi, ajoute-t-il, que « la ville de Genève, cosmopolite par excellence, paie un lourd tribut à la carie dentaire » ; les Vendéens dans la partie la plus rapprochée de la mer ne possèdent plus à 20 ans que des débris de dents ; certaines parties de la Nièvre sont au contraire habitées par des gens aux dents dures. Ferrier cherche la raison de cette différence non dans l'influence ethnologique, mais dans l'alimentation ; or, pauvres dans l'un comme dans l'autre pays, ils vivent de pain, de pommes de terre, d'autres légumes, de fruits, d'un peu de laitage et d'œufs ; mais s'il n'y a pas dans la nourriture solide une différence sensible, il y en a une capitale dans la *nourriture liquide ;* les populations de la Nièvre, dont parle Ferrier, ne boivent guère que de l'eau et c'est de l'eau *bicarbonatée calcique.* (Voir plus haut la note de Boussingault.) A Lyon, à Genève, l'eau de boisson est privée de bicarbonate de chaux, aussi la carie y règne-t-elle toute puissante.

Si à propos de l'hérédité, le facteur calcification semble avoir une grande importance, nous en pouvons dire autant du facteur milieu buccal, par les modifications qu'il subit sous l'influence des diathèses et des infections auxquelles peuvent se trouver soumis tous les membres d'une même famille, tous les habitants d'une même région.

Quant aux causes prédisposantes locales, dans tous les cas d'imperfections de structure nous invoquerons surtout le facteur calcification ; dans tous les cas de prédisposition par anfractuosités à la surface des dents, nous invoquerons surtout l'influence nocive du milieu buccal.

Maintenant que nous connaissons toutes les influences prédisposantes, nous n'avons plus qu'à parcourir sur notre tableau le groupe des causes occasionnelles, c'est-à-dire de celles qui ouvrent la porte d'entrée aux agents infectieux décalcifiants, pour comprendre toute l'étiologie de la carie et nous rendre compte de l'importance des éléments qui font de

la dent un terrain propre à la carie. Nous aurons compris non seulement le *pourquoi*, mais encore le *comment* de la carie dentaire et nous saurons envisager pour l'avenir la *prophylaxie* de cette affection par des dents plus calcifiées, plus résistantes et par un milieu buccal au moins indifférent.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Assemblée générale du 29 décembre 1903.

RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Messieurs,

J'ai le très grand regret d'avoir à remplir ce soir les fonctions de secrétaire général aux lieu et place du Dr Sauvez, qui, malade, s'est excusé. Ce rapport y perdra beaucoup en intérêt, et je me bornerai à vous présenter, comme en un tableau synoptique, les principaux faits de l'année qui vient de s'achever. Si vous le voulez bien, nous parlerons d'abord, comme l'an passé, de l'école, puis du dispensaire et de la Société de l'école.

Ecole. — Ainsi que vous avez pu le voir, de grands changements sont survenus, dans l'ordre matériel. De nouveaux bâtiments se sont élevés, destinés à la création de nouveaux services ou à l'extension des anciens. Ces constructions coûteuses (votre trésorier pourrait vous dire combien) répondaient, vous n'en doutez pas, à un besoin impérieux. La fondation de la 4e année, dite de perfectionnement, ainsi que l'augmentation du nombre des élèves des trois premières années, avaient rendu les anciens locaux insuffisants. Ajoutez à ces deux raisons que nous cherchons à centraliser dans nos murs le plus grand nombre de services possible (dissection, histologie, bactériologie, radiographie) et vous comprendrez alors à quelle nécessité votre Conseil a obéi en engageant de sérieuses dépenses.

Corps enseignant. — Parallèlement à ces développements matériels et en conséquence du développement de notre enseignement, nous avons dû apporter des modifications dans l'organisation et le fonctionnement du Corps enseignant. Désireux d'assurer une direction uniforme dans chaque branche de l'enseignement, votre Conseil avait déjà créé les postes de directeur général de l'enseignement, de sous-directeur de l'enseignement scientifique et médical et de sous-directeur du service technique.

Il a complété son œuvre par la création de chefs de service ayant la responsabilité des services qui leur sont confiés, avec mission de veiller à leur bon fonctionnement et à leur amélioration et de se tenir en rapports plus directs avec les autres membres du corps enseignant appartenant au même service et avec les élèves.

Voici d'ailleurs les nominations qui ont été faites pendant l'année (d'octobre 1902 à octobre 1903).

Directions.

MM. Martinier, directeur général de l'enseignement.
Roy, sous-directeur de l'enseignement scientifique et médical.
Bonnard, sous-directeur de l'enseignement technique.

Chefs de service.

MM. Godon, chef du service des cours préparatoires.
Bonnard, chef du service de clinique.
Friteau, chef du service des cliniques d'anesthésie.
Martinier, chef du service des cliniques de prothèse et d'orthodontie (3e et 4e année).
Viau, chef du service de clinique de prothèse (1re et 2e année).
Richard-Chauvin, chef du service de dentisterie opératoire (4e année).
Lemerle, chef du service de dentisterie opératoire (2e et 3e année).
Delair, chef du service du laboratoire de prothèse.

Divers.

D'Argent, professeur du cours théorique de dentisterie opératoire.
Delair, professeur suppléant du cours de prothèse vélo-palatine et bucco-faciale.
Briola, Masson, Péré et Rozenberg, démonstrateurs journaliers.

Manteau, Knodler, Guillemin, de la Loge, Fouques et Renhold, préparateurs.

Richard-Chauvin, membre honoraire du Conseil de direction.

Enfin les chefs de service se sont vu adjoindre des conseils ou commissions dites :

Commission de dentisterie opératoire.

Commission de clinique dentaire.

Commission d'anesthésie.

Commission de prothèse et de prothèse pratique, qui assurent d'une manière parfaite les services de l'enseignement pratique, comme vous le verrez par les articles du règlement intérieur qui vont vous être soumis.

Par contre, nous avons eu à enregistrer les démissions de MM. Baudet, Lannois, Sénéchal, Palermo, Briola et celle de M. Masson Henri qui nous a quittés avec quelques-uns de nos diplômés pour aller faire, aux Etats-Unis, un voyage d'études, comme viennent de le faire à l'École dentaire des diplômés de deux des principales écoles d'Angleterre et d'Amérique.

J'ajouterai que M. le professeur Launois a été promu au grade de chevalier de la Légion d'honneur, distinction qui n'a été que trop méritée et que nous avons accueillie avec la plus grande joie.

Enfin M. Francis Jean a reçu des mains du doyen de la Faculté la médaille d'or décennale décernée par l'école.

Enseignement. — Ces créations de postes, croyez-le bien, n'ont pas eu pour but de conférer des titres à quelques-uns des membres du corps enseignant, mais bien au contraire de leur imposer des obligations précises et d'assurer plus d'uniformité et plus de régularité dans le fonctionnement des différentes branches de l'enseignement. C'est qu'en effet l'extension prise par nos différents services ne permettait plus au seul directeur de l'enseignement d'en assurer le bon fonctionnement.

Cours de dissection. — Nous avons ouvert, à l'usage des élèves de 1re année un cours de dissection dont l'orga-

nisation et la direction ont été confiées à notre distingué professeur M. Julien : c'est vous dire les résultats que nous en espérions et qui ne se sont pas fait attendre. La réputation du maître n'a pas tardé à attirer l'attention des savants qui ont honoré l'École de leur présence et son service a été visité, approuvé et admiré par :

MM. Gilis, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier.... 22 mai.
Mathias-Duval, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris... 4 juin.
Richet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris....... 4 juin.
Desgrez, agrégé de chimie à la Faculté de médecine de Paris, chef du laboratoire de pathologie générale de M. le professeur Bouchard.............. 6 juin.
Gley, agrégé de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire général de la Société de Biologie... 11 juin.
Cryer, professeur d'anotomie à l'École dentaire de Philadelphie........... 13 juin.
Cunéo, agrégé d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris............. 25 juin.
Poirier, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris......... 27 juin.
Niewenglowski, inspecteur d'académie de Paris .... 30 juin.
Launois, agrégé d'anatomie, suppléant du cours d'histologie à la Faculté de médecine de Paris................. 7 juillet.

Comme vous avez pu le voir dans le rapport publié à ce sujet[1].

Cours préparatoires. — Notre école a également été la première en France à inaugurer l'enseignement préparatoire aux opérations sur le malade. C'est notre infatigable

---

1. Voir Rapport de M. Julien, *L'Odontologie* du 30 septembre 1903, p. 321.

directeur, M. Godon, qui, pour montrer l'importance que l'on doit attacher à cet enseignement, a tenu depuis plusieurs années à présider lui-même à son organisation et à sa direction, aidé de son dévoué collaborateur, mon camarade Blatter. La base de cet enseignement est, vous le savez, la pratique sur l'appareil fantôme de toutes les opérations dentaires préalablement à la pratique sur le patient. Dès la première année de son fonctionnement les résultats ont été remarquables, tant au point de vue de l'enseignement que du traitement de nos malades et nous avons maintenant une seconde année supérieure à ses devancières.

Prothèse. — Nous avons donné au service de prothèse au laboratoire une importance qu'il n'avait jamais eue et que nous n'osions pas espérer si prochainement. Mais nous avons eu la bonne fortune de pouvoir confier à M. Delair, dont le talent n'a d'égal que sa bonté à l'égard des malheureux, la direction de ce service trop longtemps négligé : nous avons ainsi une seconde école dans l'école, une école de prothèse dentaire, ou pour mieux dire l'enseignement s'est complété pour le plus grand profit des élèves et, disons-le, de la profession.

Des conférences ont été organisées par M. le Dr Foveau de Courmelles sur l'électrothérapie, qui a maintenant de si nombreuses applications en art dentaire.

Les améliorations et développements apportés à l'enseignement en général et, par voie de conséquence, à l'installation matérielle, entraînaient malheureusement avec eux des charges auxquelles nous ne pouvions faire face avec les anciennes ressources de l'école. Donnant plus, nous avons dû demander davantage aux élèves et nous avons élevé les droits annuels de scolarité au taux uniforme de 500 francs, en spécifiant que le produit de cette augmentation serait attribué exclusivement à l'amélioration de l'enseignement. Quant aux charges résultant des nouvelles constructions, elles seront couvertes en partie par le legs Lecaudey (10.000 fr.) et en partie par une autre somme de 10.000 fr. que le Gouvernement a bien voulu prélever en notre faveur

sur les produits du pari mutuel, grâce à l'intervention de divers membres de notre Comité de patronage, MM. Brisson, Mesureur, Chautemps, Bourgeois, Combes, Strauss, Monod, Godon et Marie, auxquels nous adressons nos plus vifs et nos plus sincères remercîments.

L'école ne doit pas non plus oublier ceux qui ne l'ont pas oubliée et nous croirions manquer au devoir de reconnaissance en ne perpétuant pas au sein de l'école le nom du Dr Lecaudey dont le legs a servi, en grande partie, à construire la salle qui sera affectée au service de la 4e année et qui portera le nom de salle Lecaudey. Toutes nos salles recevront d'ailleurs prochainement le nom des fondateurs ou des bienfaiteurs de l'école ou d'un des hommes qui ont illustré la science odontologique.

Elèves. — Le nombre des élèves inscrits à ce jour est de 209, ainsi répartis :

1re année	63
2e année	68
3e année	52
4e année	7
Médecins	14
Mécaniciens	1
Divers et libres	4
Total	209

Nous sommes en droit d'attendre de nouvelles inscriptions d'ici la fin de l'année scolaire, comme l'année dernière, mais sans prétendre toutefois arriver au chiffre de l'année précédente, soit 241. Cette légère différence est due à n'en pas douter, à nos exigences : exécution réelle des opérations demandées, examens sérieux, et enfin quatre années d'études pour obtenir le diplôme.

Examens. — Mais ce que nous perdons en nombre, nous le regagnons en qualité et je suis heureux d'avoir l'occasion d'établir un parallèle entre les résultats obtenus aux examens de la Faculté par nos élèves et par ceux des autres écoles.

A la session de novembre 1902-janvier 1903 :

Sur 25 candidats 23 ont été reçus au 1er examen.

Sur 26 candidats 23 ont été reçus au 2e examen.
Sur 32 — 27 — 3e —
Pour les candidats étrangers à notre école :
Sur 27 — 23 — 1er examen.
Sur 28 — 20 — 2e —
Sur 24 — — — 3e —

Ce qui est plus remarquable encore, c'est que trois étudiants seulement ont obtenu la note *très satisfait* et qu'ils étaient de notre école.

Vingt-trois notes *bien* ont été obtenues par nos élèves contre trois accordées aux élèves des autres écoles.

A la session de juillet sept *très satisfait* contre deux des autres écoles.

Vingt-huit bien satisfait contre sept.

Notez que quelques-uns de nos élèves sont allés se présenter à Nancy.

Malgré ces résultats satisfaisants, nous avons encore à déplorer la façon regrettable dont sont compris les examens de la Faculté et nous demandons du reste des réformes qui font l'objet d'un rapport présenté au Conseil à la dernière séance et qui sera prochainement adressé en votre nom au Recteur de l'Académie de Paris.

En ce qui concerne les examens de l'école, cinquante-sept diplômes ont été accordés pendant l'année scolaire 1902-1903.

Je vous ai signalé tout à l'heure la nécessité dans laquelle nous nous sommes trouvés d'agrandir nos locaux par suite de l'augmentation du nombre des élèves et de la multiplicité des services : que dirai-je du surcroît de travail et de la difficulté d'organisation qui en est résultée ? Grâce à notre administrateur général, M. Papot, très entendu et très dévoué, nous avons pu grouper les élèves par séries de huit à dix élèves et établir entre les séries un roulement qui permît aux étudiants de voir et d'entendre quelque chose aux leçons cliniques, au lieu de se presser au nombre de quarante ou cinquante autour d'un fauteuil sans profit pour personne et au grand détriment des patients privés

d'air. Le Conseil lui adresse ses plus vifs remercîments.

Enfin, notre dévoué directeur de l'enseignement, M. Martinier a pu nous remettre, à la fin de l'année, le programme de tous les cours de l'école, théoriques et pratiques, vérifié et approuvé par la Commission d'enseignement et adopté par le Conseil. Ce programme est actuellement à l'impression.

L'enseignement ainsi complété et réorganisé, nous espérons atteindre prochainement le but que notre distingué secrétaire général assignait l'an dernier à nos efforts: faire de bons praticiens et non de médiocres médecins de la bouche.

Séance de réouverture. — Comme l'an dernier, nous avons scindé en deux parties la cérémonie de la réouverture des cours. Le 12 octobre, M. Bonnard, sous-directeur de l'enseignement technique, dans un discours très goûté de tous et en particulier des élèves, a rappelé que l'école est la maison sociale des dentistes, et qu'ils y sont chez eux du jour où ils y entrent comme élèves. Il les a adjurés de se considérer comme les enfants de la maison, les pupilles de la société, les continuateurs éventuels des ouvriers de la première heure et de ne pas négliger, au sortir de l'école, de se faire inscrire dans tous nos groupements pour combattre le bon combat dans l'avenir.

Puis notre très éloquent professeur de thérapeutique, M. le Dr Monnet a fait une leçon inaugurale en retraçant l'histoire de la thérapeutique à travers les âges.

Séance de distribution des récompenses. — Le 29 novembre avait lieu la distribution des récompenses, sous la présidence du doyen de la Faculté, M. le professeur Debove.

Il serait trop long d'analyser les remarquables discours de notre président, M. le Dr Godon, et de notre directeur-adjoint, M. Martinier. Retenons seulement qu'ils ont motivé de la part du doyen de la Faculté une réplique de la plus haute portée.

Il a dit en substance: « L'estime où nous tenons un homme

doit dépendre de son mérite personnel, de son caractère, et non de sa profession. » Chez vous certains groupements subsistent encore et deviennent l'occasion de rivalités latentes, *qui doivent s'effacer*. Je forme des *vœux ardents* pour que, renonçant à toute rivalité, à toute prééminence, tous ceux qui exercent l'art dentaire n'aient qu'un but : la prospérité morale et matérielle de leur profession.

« Ceux qui se destinent spécialement à votre profession
» doivent l'étudier d'emblée, de bonne heure, qu'ils aient ou
» non l'intention de poursuivre jusqu'au doctorat, car dans
» les professions manuelles ceux qui ne commencent pas jeu-
» nes leur apprentissage ne deviennent jamais des maîtres. »

Ce discours, prononcé en présence du directeur de l'Assistance publique, M. Mesureur, de M. le sénateur Paul Strauss, a été couvert d'applaudissements. Il est, comme vous le voyez, le plus brillant éloge, le plus chaud plaidoyer que l'on puisse faire de notre institution et une haute approbation du but que nous poursuivons et des idées que notre école représente.

La séance s'est continuée par la lecture du palmarès et, dans une seconde partie, par une fête musicale et artistique; cette soirée a donc été un nouveau succès pour notre école. Nous remercions les nombreux journaux qui en ont rendu compte.

Dispensaire. — Les diverses améliorations apportées à notre enseignement ont profité naturellement à nos malades. Les différents services de notre dispensaire ont pu fonctionner dans des conditions plus parfaites au point de vue de l'anesthésie, de l'antisepsie, des divers traitements de restauration des dents de la bouche. Aussi nos malades l'ont-ils apprécié.

Le nombre des entrées au dispensaire pendant l'année 1902-03 a été le suivant :

Du 1er octobre 1902 au 30 septembre 1903.

Nombre des malades (Anciens).......	28.862
Nombre des malades (Nouveaux).....	13.185
Total......	42.047

Bibliothèque. — Nous pouvons tout attendre de l'excellente direction du nouveau bibliothécaire, M. Friteau, qui nous a fait espérer qu'il pourrait nous organiser un service de lecture sur place.

La bibliothèque est en voie de réorganisation par suite de l'adjonction du local de *L'Odontologie,* qui va permettre de lui donner une extension qui s'imposait.

Musée. — Le musée que continue de diriger notre dévoué conservateur M. Lemerle s'est augmenté de pièces nouvelles intéressantes résultant notamment des communications à la Société d'Odontologie.

Société d'Odontologie. — Vous avez vu par le rapport [1] du secrétaire général, M. Friteau, que la Société d'Odontologie (3me branche de notre société) continuait à prospérer. Il est donc inutile que j'y insiste. Elle reste véritablement l'association scientifique de l'École dentaire.

Considérations générales sur la société. — Le nombre des membres a continué à s'accroître.

Nominations.

13 janvier 1903.	MM. Bercut, Guillemin, Hachet et Rebel, de Paris ; Duplan, de la Rochelle ; M. Tomine, de Rennes, et Boyadjieff, de Sophia.
10 février 1903.	MM. Schwabacher, de Paris, et Dupas, de Nantes.
26 février 1903.	M. Cuny, de Toul.
14 avril 1903.	M. Brusque, de Pelotas.
16 juin 1903.	MM. Charlot et Coutif, de Paris ; Dr Mounier, de Besançon, et Schowber, de Buenos-Aires.
28 juillet 1903.	MM. Bouchard et Manteau, de Paris ; Maurion, du Havre, et Gastal, de Pelotas.

1. Voir *L'Odontologie*, du 30 septembre 1903.

13 octobre 1903.	MM. Bigaignon, Dähler, Darcissac, Knodler, Marchand, Renhold et Rozenberg, de Paris; Duncombe, de Lisieux; Eymard, de Poitiers; Quennet, de Maubeuge; Ricou, de Boulogne-sur-Seine, et Squillante, d'Alger.
10 novembre 1903.	MM. Cernéa, Dr Dreyfus et Mlle Weil, de Paris; MM. Devoucoux, d'Alençon; Collière, de Saint-Dizier; Boisseuil, de Limoges; Laurent Bassereau, d'Angers; Mme Liass, de Saint-Pétersbourg; MM. Alcibiade Leite, de Jaboticabal, et Dr Jaime Losada, de Madrid.
8 décembre 1903.	MM. Girod et Keall, de Paris; Pézieux, de Quimper; Morineau, de Courbevoie; Thomas, de Niort; Dr Margery, de Nice et Cherechevsky, de Grodno.
	M. Platschick, de Paris, nommé membre bienfaiteur.
22 décembre 1903.	MM. Boejat, de Melun. Bécavin, de Paris. Ferrand, de Paris. Logan, de Paris.

Démissions. — MM. Garcin Em., de Paris et Le Monnier, de Bécon-les-Bruyères.

Décès. — MM. Falcoz, Faloy, de Paris; Barello, de Compiègne; Cordelier, d'Epinal; Tzakiris, de Stenimako; Weber, de Vendôme, et Lefrant, de Saint-Dizier.

Il résulte de tous ces changements que notre société comprend actuellement :

État numérique des membres de l'Association pour 1903.

Paris,	honoraires.	65
Province,	—	14
Etranger,	—	20
Paris,	titulaires.	243
Province,	—	162
Colonies,	—	6
Etranger,	—	56
Pupilles,	—	205
	Total.	771

Rapports extérieurs. — Pour mémoire, je vous rappelle que nous avons obtenu une médaille d'or à l'Exposition d'Hanoï, où nous avions chargé notre confrère Cossas de nous représenter, et que nous préparons en ce moment notre exposition de Saint-Louis, confiée à notre ami Sauvez.

L'école a envoyé à Madrid, au mois d'avril dernier, une délégation.

Vous avez tous lu les impressions dans les deux rapports de M. Martinier pour la XV[e] Section d'Odontologie du Congrès de médecine et de M. Roy pour la Fédération dentaire internationale.

Vous savez que nos délégués ont fait là-bas de la bonne besogne, dont nous ne saurions trop les féliciter et que l'École dentaire de Paris y a cueilli de nouveaux lauriers.

Angers. — Il en a été de même à Angers au Congrès de l'A. F. A. S. et à la session de la F. D. N. Laissez-moi, avant de terminer, vous demander à ce propos de féliciter avec vous notre confrère Delair, qui vient enfin d'obtenir la transformation de notre sous-section d'odontologie de l'A. F. A. en section malgré quelques difficultés dont il a su triompher.

J'ai abusé, messieurs, de votre attention et cependant j'ai dû faire des omissions : je m'excuse doublement. Mais l'abondance des matières, comme disent les journaux, ne me permettait pas de faire ni court ni complet. J'abrège, mais je ne voudrais pas terminer sans faire ressortir l'importance

morale prise par le Groupement de l'École dentaire dans le monde entier et en particulier cette année devant les pouvoirs publics.

Il ne m'appartient pas, à moi nouveau venu, de faire l'éloge des premiers pionniers, mais je vous demande de leur adresser, en notre nom à tous, avec nos plus chaleureuses félicitations pour les résultats obtenus, nos plus sincères remercîments pour les services qu'ils ont rendus à la profession tout entière.

RAPPORT DE M. D'ARGENT

Trésorier.

Messieurs et chers confrères,

L'exercice 1902-1903, au point de vue des finances comme à celui de l'enseignement, est marqué au sceau de la prospérité.

Nos recettes ont été plus importantes qu'en aucune autre année, depuis la fondation de la société.

Cette situation florissante, succédant à un passé toujours en progrès, nous a permis d'envisager l'avenir avec une telle confiance qu'il n'y a eu aucune hésitation — au sein de votre Conseil — à souscrire aux crédits qui lui étaient demandés par la Commission d'enseignement, pour la création de nouveaux et importants services, et pour des améliorations à introduire, un peu partout, pour dégager nos locaux, devenus, une fois encore, trop exigus.

Afin d'éviter les agrandissements par « petits lots » se combattant mutuellement et coûtant, en définitive, fort cher, votre Conseil s'est rallié unanimement à un plan d'ensemble, sérieusement étudié, plus économique et permettant d'espérer une ère importante de tranquillité.

De ce fait, nos dépenses, au chapitre « constructions et aménagements », se sont élevées à 54.215 fr., que nous avons fait figurer sur l'exercice écoulé, mais qu'il nous a été

impossible de liquider entièrement cette année. Nous vous proposons l'amortissement de ce compte en trois ans. En réalité, ces débours peuvent être considérés comme des augmentations apportées à notre capital, puisque ces constructions et ces aménagements constituent le fond qui sert à nous assurer les ressources susceptibles de faire prospérer notre œuvre.

En ce qui concerne l'effectif des membres de notre société, nous avons l'avantage de constater une augmentation assez sensible.

Au 31 octobre 1902 la société comprenait 420 membres titulaires.

Pendant l'exercice il y a eu........... 36 admissions.

Total................. 456 membres

Par contre, il y a eu.................. 19 démissions, radiation ou décès.

Donc au 31 octobre 1903 la société se compose de.............................. 437 membres actifs.

Nos fonds disponibles au 31 octobre 1903 s'élèvent à la somme de 67.394 fr. 30, se décomposant ainsi qu'il suit :

Espèces en caisse........................	899.94
Petite caisse............................	500 »
Espèces à vue au Crédit industriel..........	12.934.82
Fondation Lecaudey	8.200 »
Effets à recouvrer........................	1.444.25
Avances sur loyer et gaz.................	8.350 »
Prix Lecaudey............................	1.508 »
Compte de dons et souscriptions...........	2.600 »
Réserve de prévoyance....................	15.065.15
Réserve statutaire........................	15.892.14
Total.................... fr.	67.394.30
Contre le chiffre du précédent inventaire....	58.550.60
Soit une augmentation de............. fr.	8.843.70

Au nom du Conseil d'administration, j'ai l'honneur de vous prier de ratifier les comptes, ainsi que le projet de budget pour l'exercice 1903-1904 s'élevant en dépenses à .... fr. 115.627.75
en recettes............................ fr. 115.690 »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 1er décembre 1903.

Présidence de M. Loup.

La séance est ouverte à 8 h. 45.

Le secrétaire général donne lecture de lettres d'excuses de MM. Godon et Sauvez qui ne peuvent assister à la séance. Il lit un télégramme de M. le Pr Sebileau qui s'excuse de ne pouvoir venir présenter le perforateur Bercut et A. Donat, perforateur qu'il croit apte à rendre des services plutôt en chirurgie dentaire qu'en chirurgie générale.

Il lit également une lettre d'excuses du Dr Pinet qui, souffrant, ne peut venir ce soir faire sa communication promise sur l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

Il dépose sur le bureau de la Société un pli cacheté qu'il a reçu le 7 novembre de M. Delair. Ce pli cacheté sera déposé dans les archives de la Société.

Enfin il dépose sur le bureau de la Société un exemplaire du *Précis d'anatomie dentaire* de M. Choquet, dont l'auteur fait don, par l'intermédiaire de la Société, à la Bibliothèque de l'École dentaire de Paris. La Société, tout en félicitant M. Choquet de son remarquable ouvrage, lui adresse des remerciements pour son généreux don.

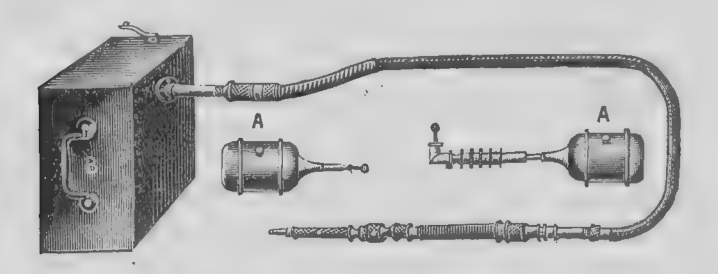
I. — Perforateur de J. Bercut et A. Donat, par M. Bercut, D. F. M. P.

Le perforateur que j'ai l'honneur de présenter ici a été présenté à l'Académie des Sciences par le Pr Lannelongue; il a été inventé et construit en collaboration avec M. Donat.

Cet instrument (fig. A), qui devra rendre aux chirurgiens-dentistes les mêmes services que les tours à pédale et électrique, a, sur ces derniers, l'immense avantage de pouvoir contenir tout entier dans la main de l'opérateur, d'être par conséquent facilement transportable. Il est spécial pour les

soins à domicile, il est donc utile à tous les dentistes en général et se recommande particulièrement à ceux qui ont plusieurs cabinets ou qui desservent plusieurs localités.

Il se compose d'un ressort moteur et d'un mouvement d'horlogerie qui font mouvoir une tige à laquelle on peut adapter les fraises et angles droits existants. Ce mécanisme est conçu et exécuté de façon à donner à la fraise toute la force désirable.



Il se monte avec une clef à laquelle on fait faire neuf tours complets ou dix-huit demi-tours à droite, puis on introduit la fraise dans le tube et on l'enfonce jusqu'à ce que le méplat vienne contre le plat qui se trouve dans l'intérieur : la fraise en tournant se bloque d'elle-même.

Pour l'actionner on appuie le pouce sur le déclic extérieur et la vitesse est proportionnelle à la pression.

Pour l'arrêter instantanément on appuie contre le déclic de droite à gauche.

Nous avons construit un deuxième appareil, qui, ainsi que le montre la figure, est logé dans une boîte mesurant $0^{m}20^{c}$ de long, $0^{m}11^{c}$ de large et $0^{m}13^{c}$ de haut. On y adapte un flexible et une pièce à main ; il a une force plus grande et une durée de fonctionnement plus longue. Cet appareil est mis en marche ou arrêté instantanément au moyen d'une balle en caoutchouc que l'on place sous le pied.

Nous avons aussi construit un autre appareil qui est appelé à prendre, dans le cabinet dentaire, le lieu et place du tour électrique, tout en supprimant l'usure d'électricité. Le

mécanisme est contenu dans une boîte que l'on fixe au mur et à laquelle s'adaptent un flexible et une pièce à main. Le ressort est remplacé par un poids, ce qui permet d'obtenir une durée de fonctionnement variant suivant la longueur de la corde et du nombre de moufles. Grâce à ce dispositif on peut ne monter l'appareil qu'une fois par jour. La mise en marche et l'arrêt sont réglés de la même façon que dans l'appareil précédent.

Nous nous proposons de montrer tous ces instruments et de les faire fonctionner à l'une des prochaines séances de démonstrations de la Société d'Odontologie.

Discussion.

M. Lemerle. — Avant de discuter les avantages ou les inconvénients de l'appareil de MM. Bercut et Donat, je tiens, comme conservateur du musée, à rappeler qu'il existe, au Musée de l'Ecole, trois appareils analogues, basés également sur le principe du déroulement d'un ressort. Le plus perfectionné de ces appareils est celui de M. Wiesner, qui date de 1848 : il est, comme celui de M. Bercut, mis en mouvement par le déroulement d'un ressort. MM. Bercut et Donat ont donc eu des devanciers : nous allons voir ce que vaut, au point de vue dentaire, leur nouvelle mise en pratique d'une idée déjà ancienne et déjà exécutée.

M. Delair. — Je ne nie pas l'ingéniosité du perforateur de M. Bercut, mais je crois qu'il va à l'encontre de tout ce qu'enseignent les professeurs de dentisterie opératoire au sujet de la légèreté, de la précision et de l'aisance de manipulation de tout instrument destiné à préparer des cavités de caries dentaires. Le perforateur Bercut, qui est lourd, doit être tenu à pleine main ; les fortes trépidations du moteur sont transmises à la main et de là à la dent ; la fraise se trouvant à 15 ou 20 centimètres de la main qui tient le moteur, je me demande comment l'on pourrait avec cet appareil entreprendre le traitement d'une carie postérieure d'une prémolaire et moins encore d'une grosse molaire. Les trépidations du moteur sont vives : leur transmission directe à la fraise me paraît capable de provoquer la fracture des bords d'une carie. Je ne vois pas comment l'on pourrait avec cet appareil creuser dans une cavité l'une de ces rainures nécessaires pour la fixation d'un bloc de porcelaine. Je ne crois pas en un mot le perforateur de MM. Bercut et Donat capable de rendre des services à la chirurgie dentaire : il est possible qu'il trouve plus d'applications en chirurgie générale.

M. Lemerle. — Les appareils de MM. Bercut et Donat sont de plusieurs modèles. Je crois que le petit modèle, celui que l'on tient à la main, n'est susceptible d'aucune application en chirurgie dentaire, pour un grand nombre de motifs dont les principaux ont été signalés par M. Delair. Le modèle à câble, c'est-à-dire sur lequel se monte un de nos bras de tour habituels, pourrait avoir quelques applications, par exemple pour entreprendre quelques opérations dentaires au domicile des patients : il faudrait encore, pour qu'il fût dans ce cas particulier d'un emploi utile, qu'il fût muni de plusieurs vitesses et même d'une marche arrière.

M. Gillard. — La marche dans les deux sens, de droite à gauche et de gauche à droite, est absolument indispensable à un tour de cabinet. Aussi comme aucun des appareils qui nous sont présentés ce soir ne présente cette disposition, je ne vois pas du tout quel service ils pourront nous rendre.

M. Meng. — M. Poinsot a acheté à l'Exposition de 1878 deux tours dentaires mus, comme le perforateur de M. Bercut, par le déroulement d'un ressort. Ces deux tours étaient peut-être moins bien perfectionnés que ceux que l'on nous présente ce soir ; mais M. Poinsot n'a jamais pu s'en servir utilement.

M. Martinier. — L'application du perforateur de MM. Bercut et Donat me paraît être du domaine de la chirurgie générale. Nous avons bien vu M. Bercut traverser rapidement l'ivoire et trépaner une dent de part en part ; cette manœuvre nous a prouvé que la force du moteur était suffisante pour entraîner la rotation d'une fraise tournant dans les tissus dentaires. Mais la trépanation d'une dent n'est pas la seule opération que nous demandions à un tour : il faut qu'avec notre tour nous puissions creuser des rainures, des gouttières dans des cavités ; c'est là ce que je voudrais voir faire à M. Bercut dans la bouche de quelques malades : il ne s'agit pas de savoir si l'appareil est capable de trépaner trente dents en une demi-heure, comme l'a dit M. Bercut ; il s'agit de savoir si l'appareil est capable de préparer, dans le sens que nous attribuons à ce mot, des cavités propres à recevoir des aurifications, des émaux, etc... Nous n'aurons sur le perforateur Bercut une opinion exacte que lorsque nous aurons vu son inventeur préparer chirurgicalement quelques cavités au cours de l'une de nos séances de démonstrations dominicales.

M. Bercut. — Nous avons construit un modèle d'appareil avec le double mouvement qu'ont réclamé MM. Lemerle et Gillard ; je ne l'ai pas apporté ce soir, mais je suis tout disposé à l'apporter dans une prochaine réunion. Le poids et les secousses dont parle M. Delair ne sont pas un inconvénient réel, dès qu'on a l'habitude de travailler avec l'appareil. Je suis à la disposition de la Société pour faire les démonstrations que sollicite M. Martinier avant de se for-

mer une opinion sur notre perforateur : je suis même disposé à faire hommage à l'Ecole de quelques-uns de nos appareils, afin que chacun puisse en pratiquer l'essai.

M. le secrétaire général prend acte de la double promesse de M. Bercut, et il le remercie à l'avance de la démonstration qu'il voudra bien faire à la Société.

M. le président. — Je remercie MM. Bercut et Donat de leur très intéressant travail et je crois que chacun applaudira à la promesse d'une prochaine mise en pratique de leur ingénieux appareil.

II. — Un cas d'angine de Ludwig d'origine dentaire, par M. Adolphe Squillante, D. E. D. P., D. F. M. P.

(Communication lue par le secrétaire général.)

Ayant fait mon service militaire à l'hôpital du Dey à Alger, j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs accidents infectieux assez graves provenant du manque de soins et d'hygiène de la bouche. Parmi ces observations il en est une qui me paraît assez intéressante pour être signalée à cause des péripéties répétées qui ont accompagné l'évolution de la maladie.

Le soldat C*** du 2ᵉ génie, entré à l'hôpital le 6 mars 1903 à onze heures du soir, portait une tuméfaction du plancher de la bouche saillante à l'extérieur au-dessous de l'arcade gauche du maxillaire inférieur et consécutive à une infection d'origine dentaire. Cet homme avait en effet des deux côtés de la bouche de nombreuses racines de petites et grosses molaires dont je fis l'ablation immédiate. La langue, fortement tuméfiée et œdématiée, était absolument plaquée contre la voûte palatine et la face interne des joues, de telle sorte qu'elle remplissait presque complètement la cavité buccale.

Ce malade ne s'était présenté à la visite à son corps qu'au moment où l'on ne pouvait déjà plus rien distinguer dans la bouche, si ce n'est que quelques racines légèrement saillantes de leurs alvéoles. Immédiatement le médecin fit établir un billet d'urgence et le soir même le malade entrait à l'hôpital dans un état grave.

Le chef de service incisa la tuméfaction sous-buccale sur la

ligne médiane. Le doigt, introduit dans la plaie et dissociant les divers plans musculaires, pénétra jusqu'au niveau de l'angle droit du maxillaire inférieur. Un drain fut introduit dans la plaie sans qu'il se produisît d'écoulement de pus, mais un peu de sérosité louche d'une odeur très fétide apparut. Quelques minutes après l'incision du phlegmon, le malade, qui jusqu'alors éprouvait une grande difficulté à avaler et respirer, ressentit un grand soulagement. Comme il n'avait pas bu depuis deux jours, il demanda au chirurgien de quoi apaiser sa soif, et à cet effet on lui donna un peu de limonade tartrique. Malgré la surveillance très attentive dont le malade était l'objet, il absorba le liquide avec une telle rapidité que des phénomènes de spasmes laryngés très graves firent leur apparition. On fit des tractions rythmées de la langue, l'élévation des bras, etc... Mais voyant que le malade continuait à s'asphyxier, le chirurgien fit la trachéotomie d'urgence et il plaça une canule dans l'orifice trachéal. A partir de ce moment, le malade ne respira plus que par la canule. Je veillai le malade toute la nuit sans qu'aucune alerte se produisît. Les jours suivants, légère amélioration; la tuméfaction sous-mentonnière et sublinguale sembla diminuer ; le cou ne présenta d'empâtement à aucun endroit. Cependant, malgré les soins répétés, lavages abondants de la cavité buccale avec de l'eau oxygénée additionnée, les phénomènes infectieux reprirent le dessus : la tachycardée apparut et le malade mourut le 11 mars 1903 à deux heures du matin soit 5 jours après son entrée à l'hôpital.

Voici les résultats de l'autopsie pratiquée le lendemain : les muscles du plancher de la bouche et le tissu cellulaire qui sépare les divers plans musculaires ont une teinte très noirâtre et sont infiltrés de sérosité. Nulle part il n'existe de collection purulente. Partout le tissu cellulaire est comme lardacé.

Le long de la trachée sur son bord gauche et en arrière d'elle dans l'espace celluleux qui la sépare de l'œsophage on constate l'existence d'une fusée septique. Tout le tissu cellulaire rétro-trachéal gauche est gris-noirâtre, putride, ré-

pand une odeur fétide, mais nulle part on ne voit de collection purulente. Du côté droit rien de semblable ; le tissu cellulaire est sain. Les muscles antérieurs et latéraux sterno-hyoïdien et thyro-hyoïdien, sterno-thyroïdien et sterno-cléïdo-mastoïdien sont intacts. Rien au niveau des vaisseaux du cou ni dans leurs gaînes.

A l'ouverture du thorax, on constate l'existence dans le tissu cellulaire du médiastin antérieur, immédiatement au contact du plastron sternal, d'une traînée noirâtre d'infiltration septique passant en arrière de la fourchette sternale et en avant de l'aponévrose cervicale profonde et rejoignant les fusées du cou. On ne remaque rien dans le médiastin postérieur.

III. — La chloroformisation par la méthode des gouttes en chirurgie dentaire, par le Dr E. Friteau, professeur a l'Ecole dentaire de Paris.

Cette communication que M. Friteau consent à faire ce soir pour combler l'ordre du jour subitement diminué par l'absence de M. Pinet sera publiée ultérieurement. La discussion en sera fixée après la publication.

IV. — Nomination de la commission d'initiative pour organiser une souscription en vue d'élever un buste a la mémoire de M. Lecaudey.

Il est décidé que sept membres de la société seront nommés pour former cette commission avec les cinq membres du bureau de la Société d'Odontologie.

Les sept membres, nommés par acclamation, sont : M. Lewett (de Biarritz), M. Martin (de Lyon), MM. Giret, Michaëls, Poinsot, Richard-Chauvin et Ronnet, de Paris.

La commission est donc ainsi constituée :

MM. Poinsot, Martin, Michaëls, Lewet, Ronnet, Giret, Richard-Chauvin, Loup, Delair, Touvet-Fanton, Blatter et Friteau.

La séance est levée à onze heures et demie.

Le secrétaire général,
Dr E. Friteau.

Séance de démonstrations pratiques du dimanche 4 octobre 1903.

I. — Aurifications a l'aide du maillet a angle droit, par M. Losada, de Madrid.

Le maillet à angle droit dont se sert M. Losada s'adapte sur le tour à fraiser et reçoit, à l'aide d'un pas de vis, les pointes et pieds dont on peut avoir besoin. La transmission du choc se fait par une série de petites billes d'acier enfermées dans un tube communiquant avec la pointe vissée à l'extrémité du maillet. L'action de la pointe ou du pied est absolument directe : la force et la rapidité des coups varient au gré de l'opérateur.

Ce maillet permet de pratiquer rapidement la condensation de l'or cohésif.

M. Losada entreprend l'aurification d'une cavité du 2e degré occupant la face triturante d'une première grosse molaire inférieure droite. Il commence cette aurification avec de l'or Solila et il la termine avec de l'or adhésif en feuilles de White. La condensation de ce dernier est faite à l'aide du maillet à angle que présente M. Losada et qui est monté sur le tour électrique. Bien que la cavité soit grande, l'aurification est complétée en une demi-heure : chacun constate que la condensation est parfaite sur toute l'étendue de l'obturation. Le maillet à angle, tout en assurant une perfection certaine du côté de la condensation de l'or, permet donc une économie de temps très appréciable.

II. — Extirpation immédiate de la pulpe, par M. Losada, de Madrid.

M. Losada préconise, pour extirper extemporanément et sans douleur une pulpe dentaire vivante, l'emploi d'une solution d'alcool à 90° saturée de chlorhydrate de cocaïne. Il faut, au préalable, garantir le champ opératoire contre l'envahissement de la salive: aussi l'application de la digue est-elle indispensable. Après avoir nettoyé la cavité cariée jusqu'au voisinage de la pulpe, M. Losada place dans le fond de la cavité un petit tampon d'ouate imbibée de la solution saturée de chlorhydrate de cocaïne dans l'alcool à 90°; puis il recouvre ce tampon d'un fragment de caoutchouc à vulcaniser (non cuit), et il exerce sur la pulpe une certaine pression à l'aide d'un fouloir appliqué sur ce caoutchouc. Le début de cette compression est légèrement douloureux, et la malade, soumise au traitement, accuse une douleur assez vive. Ces douleurs ne durent que quelques secondes : la compression est alors progressivement augmentée jusqu'à atteindre une grande puissance, et bientôt la malade n'accuse plus aucun symptôme douloureux... M. Losada enlève alors le caoutchouc et le coton : il se

rend compte avec un excavateur de l'état de sensibilité de la pulpe, et, comme il constate que cette sensibilité est nulle, il pratique immédiatement et l'ouverture de la chambre pulpaire et l'extirpation des filets radiculaires. Il s'agit de la première prémolaire inférieure gauche d'une femme qui, très nerveuse, déclare n'avoir ressenti aucune douleur au moment de l'extirpation pulpaire.

M. Losada fait remarquer que la première application de cocaïne n'est pas toujours suffisante pour obtenir l'insensibilisation complète; au cas où, après avoir enlevé le coton, on trouve la pulpe encore sensible, on fait une nouvelle application de la solution cocaïnée, et le résultat anesthésique est obtenu.

M. Losada ajoute qu'il n'a jamais observé d'arthrite alvéolo-dentaire avec ce procédé, qu'il croit préférable au traitement ordinaire par l'acide arsénieux, qui donne assez fréquemment des accidents du côté du ligament alvéolo-dentaire.

III. — Extractions dentaires sous divers anesthésiques de courte durée, par M. Blatter, chef de clinique a l'Ecole dentaire.

1° *Chlorure d'éthyle.* — M. Blatter administre le chlorure d'éthyle par le procédé de la compresse: pour déclarer que l'anesthésie est confirmée, il s'en rapporte à la résolution musculaire, à l'insensibilité du cuir chevelu, à la dilatation de la pupille et à la disparation du réflexe oculo-palpébral. La dose minima est de 5 centimètres cubes; elle doit être augmentée si, dès le début, le malade ayant besoin d'air, on a dû, pendant quelques secondes, laisser entrer de l'air autour de la compresse.

Le premier patient, soumis à la narcose, est un enfant de 15 ans; 5 centimètres cubes de chlorure d'éthyle sont administrés: l'anesthésie est obtenue au bout d'une minute et demie. Il s'agit d'extraire la première grosse molaire inférieure droite: l'enfant crie durant l'extraction. Le réveil est rapide: le malade déclare, à son réveil, qu'il n'a ressenti aucune douleur.

Le deuxième malade est une femme de 24 ans, à laquelle doit être extraite la deuxième grosse molaire inférieure gauche. M. Blatter projette dans la concavité de sa compresse 5 c.c. de chlorure d'éthyle, qu'il fait inhaler à la malade. Une excitation violente se manifeste, rapidement suivie de résolution musculaire, après 1 minute 1/2 d'inhalation. L'extraction est faite: la narcose se prolonge quelques secondes après la fin de l'extraction. Dans ces deux cas, le réveil se fait sans aucun malaise.

2° *Protoxyde d'azote.* — M. Blatter soumet aux inhalations de protoxyde d'azote deux malades qui ont, chacun, une dent à extraire: il suit les progrès de la narcose par la méthode des appels.

La première malade, une femme de 24 ans, est endormie en 1 minute 20 secondes ; le deuxième malade, un homme de 30 ans, n'est endormi qu'au bout d'une minute 40 secondes. Les extractions faites, les malades se réveillent aussitôt : l'anesthésie est de courte durée.

3° *Bromure d'éthyle.* — Il s'agit d'un enfant de 16 ans qui a trois dents à extraire : la première grosse molaire et la première prémolaire supérieures gauches et la deuxième grosse molaire inférieure gauche. 16 grammes de bromure d'éthyle sont projetés sur une compresse. L'excitation est très vive : le malade crie et est très agité : au bout d'une minute 50 secondes, l'anesthésie confirmée est obtenue. Les deux premières extractions sont facilement pratiquées ; l'extraction de la molaire inférieure est très laborieuse et nécessite plusieurs tentatives. Le malade ne se réveille cependant qu'après la fin de cette extraction.

Cette observation d'anesthésie par le bromure d'éthyle tendrait à prouver que la durée de la narcose est plus longue qu'avec le chlorure d'éthyle et le protoxyde d'azote.

Le secrétaire général,
Dr E. FRITEAU.

Séance de démonstrations pratiques du dimanche 8 *novembre* 1903.

I. — ANESTHÉSIE PAR L'ÉTHER ET EXTRACTIONS DENTAIRES, PAR M. LE Dr PINET, PROFESSEUR A L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS ET M. JEAY, CHEF DE CLINIQUE A L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

Après avoir énuméré les avantages de l'éther sur le chloroforme, M. Pinet explique comment doit être faite l'administration de l'éther par le masque de Julliard.

Le malade, un homme de 35 ans, vigoureux, est couché sur la table dans la position de Röse. M. Pinet verse, d'un seul coup, dans le fond du masque, 40 à 50 grammes d éther ; les premières inhalations se font sans excitation, mais, au bout de deux minutes, le malade manifeste une excitation assez vive, avec cris et mouvements désordonnés. Au bout de 4 à 5 minutes, comme le malade n'est pas en résolution musculaire, M. Pinet administre une nouvelle dose de 10 grammes. Peu après, la résolution musculaire est obtenue : le malade ronfle, mais le réflexe oculo-palpébral n'est pas disparu ; M. Pinet ne pousse jamais la narcose jusqu'à la disparition de ce réflexe.

M. Jeay fait alors une série d'extractions : trois ou quatre. Le malade manifeste quelque sensibilité, on lui administre une nouvelle dose d'éther : 15 à 20 grammes. Au bout de quelques minutes, le malade est de nouveau en résolution musculaire ; une nouvelle série d'extractions est pratiquée ; puis une nouvelle dose d'éther est donnée, jusqu'à ce que toutes les extractions soient faites. D'abondantes mucosités se

mêlent au sang qui s'écoule des cavités alvéolaires tendant à obstruer le pharynx : il faut, à chaque instant, nettoyer le pharynx de ces mucosités, car le malade se cyanose, dès qu'elles sont trop abondantes : c'est là ce qui rend cette narcose très mouvementée.

Lorsque toutes les extractions sont pratiquées, le malade a absorbé 180 grammes d'éther; M. Pinet fait remarquer qu'il ne dépasse jamais 200 grammes.

Bien que le réveil qui suit la narcose par l'éther soit généralement, d'après M. Pinet, plus rapide que celui qui suit la narcose chloroformique, le malade se réveille très difficilement ; il a du refroidissement des extrémités, et M. Jeay doit lui faire une injection de caféïne. Malgré cela, le réveil complet n'a été obtenu que plus de 40 minutes après la dernière inhalation.

II. — Un nouvel anesthésique local, par M. Bonnard, professeur a l'Ecole dentaire de Paris.

L'anesthésique local que préconise M. Bonnard est un mélange de nirvanine et de cocaïne, préparé de telle sorte qu'une seringue d'un centimètre cube contient : 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne et 5 milligrammes de nirvanine. La formule pour 50 centimètres cubes est la suivante :

Chlorhydrate de cocaïne................	10 centigrammes.
Nirvanine..............................	20 centigrammes.
Eugénol................................	1 goutte.
Eau stérilisée.........................	50 centimètres cubes.

Cette solution se conserve sans subir aucune altération.

M. Bonnard pratique l'injection horizontalement dans le bourrelet gingival ; la pénétration est lente et indolore. Si l'injection ou les injections ont été faites très lentement, on peut opérer tout de suite après la dernière piqûre ; dans le cas contraire, on attend 2 à 3 minutes avant d'opérer l'extraction. Le peu de toxicité de la solution qui ne contient que 2 milligrammes de cocaïne par centimètre cube, permet, dans le cas de certaines opérations pour dents nombreuses et voisines, de multiplier les injections sans aucun danger : M. Bonnard dépasse volontiers 3 centimètres cubes dans ces cas-là.

1re *opération.* — Il s'agit d'extraire une prémolaire supérieure droite entourée d'un gencive tuméfiée et fongueuse. Malgré toutes les précautions prises pour rester dans le bourrelet gingival, la solution fuse dans le tissu cellulaire de la joue ; M. Bonnard n'injecte qu'un centimètre cube ; comme la malade accuse, dès la fin de l'injection, un engourdissement très accentué de toute la région opératoire, M. Bonnard pratique aussitôt l'extraction. La malade n'accuse aucune douleur : elle a perçu très nettement le contact des mors du davier.

2e *opération*. — Les trois racines séparées de la première grosse molaire supérieure droite sont à extraire : les gencives sont fermes. Deux centimètres cubes de la solution anesthésique sont injectés : mi-partie sur la face palatine, mi-partie sur la face externe de la gencive. L'opération est très laborieuse ; bien qu'elle ait duré près de 15 minutes, la malade avoue n'avoir ressenti aucune douleur durant les diverses tentatives d'extraction. Une légère hémorragie s'étant produite, M. Bonnard l'arrête aussitôt à l'aide d'un tampon d'un hémostatique qu'il emploie à l'Ecole depuis quelque temps, le penghawar.

III. — Moulage de la face, procédé Delair, par M. Delair, professeur suppléant a l'Ecole dentaire de Paris

M. Delair choisit pour sa démonstration une fillette de 12 ans, atteinte d'une ankylose unilatérale, remontant à son très jeune âge, de l'articulation temporo-maxillaire droite.

L'enfant est assise sur une chaise, dont le dossier est placé à sa gauche : sa tête, renversée en arrière, est appuyée sur une table. Un litre de plâtre à mouler est délayé dans de l'eau contenant par litre 20 grammes de sulfate de potasse. Le plâtre gâché est versé par petites quantités sur le visage et étalé avec le dos d'une cuiller. M. Delair, ayant commencé par le front, les yeux et la bouche, termine par le nez, dans les orifices duquel il a préalablement introduit deux tubes de caoutchouc long, de 10 centimètres et du calibre d'un crayon ordinaire.

Le plâtre durcit rapidement : il est aussitôt enlevé ; l'opération a duré deux minutes.

M. Delair procède immédiatement au moulage en relief. Il applique d'abord une couche de plâtre très liquide ; puis il applique une seconde couche de plâtre plus compact ; il fait enfin le corps du moule avec du plâtre très épais, de façon à constituer un moule d'une épaisseur de la main environ. Ce moule en relief est fait avec du plâtre non sulfaté.

Lorsque le plâtre est suffisamment durci, M. Delair provoque le détachement du moule en le frappant à petits coups avec un maillet de buis. L'intérieur du moule est raclé et ses bords sont taillés symétriquement.

Tout en constatant l'exactitude du relief, chacun s'étonne de la rapidité d'exécution, puisque les deux opérations du moulage et de sa reproduction ont duré 34 minutes.

IV. — Application d'un nouveau masque a somnoforme et a chlorure d'éthyle, par le Dr Siffre, professeur a l'Ecole dentaire de France.

M. Siffre présente un masque en caoutchouc dans le fond duquel

peut être cassée directement une ampoule de chlorure d'éthyle ou de somnoforme. Ce masque fera l'objet d'une présentation spéciale à la Société d'Odontologie ; il y sera complètement étudié tant dans sa construction que dans son mode d'emploi. M. Siffre s'en sert pour endormir une malade nerveuse à l'aide du chlorure d'éthyle ; l'anesthésie est obtenue en 30 secondes : elle permet d'extraire une grosse molaire inférieure droite et une prémolaire inférieure gauche. La sensibilité reparaît aussitôt après la dernière extraction.

V. — Emploi du masque et de l'ouvre-bouche de MM. Rolland et Robinson, par le Dr E. Friteau, professeur à l'École dentaire de Paris.

M. Friteau se propose de montrer l'application du masque et de l'ouvre-bouche qui ont été présentés à la Société d'Odontologie par le Dr Rolland, séance du 3 novembre 1903 (Voir *L'Odontologie* du 15 décembre, page 609).

L'ouvre-bouche est appliqué entre les dents antérieures et il pivote à droite ou à gauche permettant ainsi au chirurgien d'opérer d'un côté ou de l'autre sans être gêné par le bâillon. Cet ouvre-bouche est d'un maniement facile et son utilité est incontestable.

Pour que le masque de MM. Rolland et Robinson rende son maximum de services, M. Friteau a soin d'appliquer avec vigueur le bourrelet pneumatique contre la face du patient, de façon à ce qu'il ne respire pas autre chose que les vapeurs anesthésiques mélangées à l'air contenu dans le masque et dans la vessie. S'il passe de l'air sous le bourrelet, le sommeil sera retardé et parfois précédé d'excitation. Au lieu de casser l'ampoule avant que le masque soit appliqué sur la face du patient, ainsi que le conseille M. Rolland, M. Friteau applique d'abord le masque énergiquement sur la face, et, ouvrant la soupape, il dit au malade de respirer largement. Il prévient le malade que, subitement, il va sentir une odeur très vive, et qu'à ce moment-là il devra continuer à respirer amplement. Lorsque le malade a ainsi fait quelques inhalations sous le masque ouvert, c'est-à-dire à l'air libre, une ampoule de chlorure d'éthyle ou de somnoforme est cassée et l'anesthésie se produit sans secousse, sans excitation, en moins d'une minute.

1re *Observation. Somnoforme.* — Un homme vigoureux de 40 ans se présente pour l'extraction d'une dent de sagesse inférieure gauche, partiellement découronnée. 5 centimètres cubes de somnoforme sont administrés : l'anesthésie est complète en 45 secondes : l'extraction est pratiquée à la langue de carpe. Le malade se réveille un peu après l'extraction et chacun constate que l'on aurait eu le loisir de faire, durant cette narcose, une ou deux autres extractions.

2e *Observation. Chlorure d'éthyle.* — Après avoir fait observer que

le produit dont tous les chirurgiens se servent pour l'anesthésie générale sous le nom de chlorure d'éthyle chimiquement pur est en réalité un mélange de chlorure d'éthyle et de chlorure de méthyle fait dans des proportions telles que le point d'ébullition du produit est à 0°, M. Friteau casse dans le masque une ampoule de 3 c. c. de chlorure d'éthyle. La malade, une jeune femme de 27 ans, s'endort sans excitation ; dès qu'elle ronfle (40 secondes après la fracture de l'ampoule), M. Friteau procède à l'extraction de deux dents, une prémolaire et les trois racines séparées d'une dent de 6 ans. Le temps de l'anesthésie est de 1 minute 45 secondes : cette durée est considérable si l'on songe à la petite quantité de chlorure d'éthyle (3 c. c.), qui a été administrée.

M. Friteau attribue au masque de Rolland et Robinson la possibilité d'obtenir des anesthésies aussi prolongées et aussi calmes avec d'aussi petites doses d'agent anesthésique.

Le secrétaire général,
Dr FRITEAU.



CORRESPONDANCE

Le travail manuel.

On sait que notre directeur a présenté au Congrès d'Angers une communication sur *l'enseignement préparatoire de l'étudiant en chirurgie dentaire* et que, à la suite de cette communication, la Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. et la F. D. N. ont adopté chacune séparément un vœu sur l'enseignement manuel que nous avons publié dans le n° du 30 novembre 1903, p. 560.

Ce vœu a été transmis par le président de la F. D. N. à M. Liard, recteur de l'Université de Paris, qui a répondu par la lettre suivante :

ACADÉMIE DE PARIS — UNIVERSITÉ DE FRANCE

Paris, le 11 novembre 1903.

Monsieur le Président de la Fédération dentaire nationale.

Je reçois le vœu de l'assemblée de la Fédération dentaire nationale au sujet de l'organisation du travail manuel dans les lycées et collèges. Je suis heureux de cette adhésion et je vais la faire connaître à M. le Ministre de l'Instruction publique à l'appui du désir que j'ai moi-même exprimé.

Agréez, avec tous mes remercîments, l'assurance de ma considération distinguée.

Le vice-recteur,
Liard.

Le 4e Congrès dentaire international, 1904.

Cher Monsieur,

L'article de fond suivant, publié dans l'*International dental journal* de décembre 1903, expose si clairement le but et les résultats du 4e Congrès dentaire international que le Comité d'organisation désire montrer son importance en lui donnant la plus large publicité possible. En outre, le Comité vous prie d'en faire tel usage que vous voudrez, en le publiant ou autrement, suivant la faculté que vous aurez, de façon à contribuer au succès du Congrès.

Pour le Comité d'organisation,
Edourad C. Kirk, secrétaire.

La fin de l'année 1903 amène naturellement l'esprit à examiner ce qui peut se produire pendant l'année suivante.

L'année 1903 a été féconde sous bien des rapports et nous pensons qu'elle a vu la dentisterie marcher sans cesse vers le but qui a été poursuivi avec tant d'efforts pendant tant d'années.

L'effort le plus remarquable de 1903 a été le règlement du différend qui a existé pendant plus d'un an entre la F. D. I. et son comité et le comité nommé par l'Association dentaire nationale pour organiser le Congrès de 1904. Ce différend, à l'état aigu pendant un temps, a été réglé à l'aimable, et les travaux préliminaires du Congrès sont poussés avec une énergie qui donne toute chance de succès. Un petit nuage local, plus petit que la main d'un homme, a régné au-dessus de Saint-Louis, mais nous croyons que ce nuage même s'est convenablement dissipé. Les profanes ont eu quelque difficulté à comprendre de quoi il s'agissait, mais à aucun moment le succès du Congrès n'a été compromis. Ce succès offre un intérêt universel et n'a rien à voir avec les différends locaux, si ce n'est qu'un appui local unanime est fort désirable et ajoute notablement à la commodité des visiteurs.

A partir de maintenant il ne reste plus que neuf mois pour achever de préparer le Congrès, laps de temps certainement limité pour tout ce qu'il y a à faire. Il faut faire un effort pour s'assurer des travaux originaux. Les sujets anciens et ressassés qui ont été traités dans tous les Congrès, dans toutes les réunions, devraient être laissés dans l'ombre. S'il est une chose qui mette à l'épreuve la patience de celui qui assiste régulièrement à ces réunions, c'est de lui servir constamment les plats professionnels qui lui ont été présentés si souvent qu'ils finissent par ne plus être appétissants. Si le comité des communications veut agir avec une sage discrétion, non seulement il les éliminera, mais il limitera de même le nombre de ceux préparés sur un sujet quelconque. Il est très possible que le Congrès soit inondé de communications sur les obturations de porcelaine. Il doit y en avoir une certaine quantité ; mais si elles n'ont pas au moins la saveur de l'originalité, on pourra avec avantage les rendre à leurs auteurs. La question de la porcelaine à ses diverses phases n'étant pas encore à l'état de perfection peut avec profit être laissée aux maîtres en cet art, et les communications que ceux-ci présenteront dans tous les pays doivent toujours être acceptées.

La dentisterie a grand besoin actuellement de travaux originaux et, s'il est vrai qu'il y a plus de ceux-ci à présent qu'à toute autre période antérieure, ils ne sont pas suffisamment étendus et la littérature qu'on trouve dans les journaux dentaires n'est pas dans son ensemble de nature à augmenter le sentiment de gratitude que mérite le progrès de la profession.

Si le Congrès peut être le commencement d'une ère nouvelle de la dentisterie au XXe siècle, il aura fait beaucoup. Nous désirons donc qu'il soit

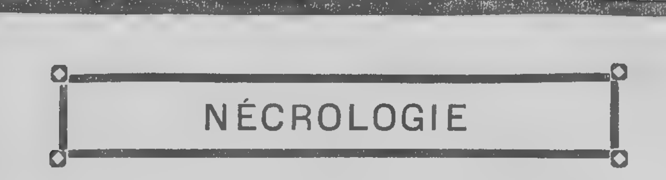
par ses résultats un stimulant des travaux scientifiques. La jeune génération des dentistes a besoin de cet encouragement. La production des écoles dentaires du monde entier a un caractère plus élevé qu'à toute autre période antérieure et sa capacité pour donner de plus grands résultats est également marquée. La valeur des hommes qui les dirigent est une garantie que le mérite de cette production sera soigneusement conservé et nous espérons que notre recommandation est inutile à cet égard. Il faut songer cependant que ce sera un désappointement profond si le Congrès ne nous donne pas quelque chose qui nous serve de base jusqu'au moment où se tiendra le prochain grand Congrès international suivant.

Le monde attend beaucoup de la dentisterie à cette période de son histoire. On la considère, comme on ne l'avait pas fait précédemment, comme une branche importante et proéminente de l'art de guérir et nos moyens d'enseignement doivent progresser sans cesse pour répondre à cette demande qui augmente, et cela s'applique avec la même force aux organisations locales, nationales et internationales.

La critique par avance est toujours maladroite et nous n'avons aucune raison de nous y livrer au sujet du travail préparatoire déjà accompli. Ce travail a été absolument satisfaisant et promet des résultats importants. Il est bon cependant d'entendre les opinions de toute nature sur ce qu'on attend d'un congrès comme celui-ci. Les dentistes d'Amérique sont responsables de son succès et, pour l'assurer, ils doivent montrer ce qu'est la dentisterie actuellement dans leur pays. Si nous avons quelque chose que nos confrères d'autres pays ne possèdent pas, il est de notre devoir de le leur montrer. Que nos travaux parlent par eux-mêmes. Nous ne prétendons pas que la dentisterie américaine, si celle-ci existe, est meilleure que celle du reste du monde. Cette affirmation n'a jamais été faite par des dentistes de ce côté de l'océan, quoiqu'elle ait été fréquemment citée comme un fait, qui serait très regrettable s'il était vrai. Ce que les dentistes de cette partie du monde prétendent, c'est qu'ils ont très sérieusement travaillé pour faire de la dentisterie une profession de progrès. Peu importe qu'à cet égard nous soyons égaux ou supérieurs à d'autres nationalités. Nous croyons que le monde dentaire se développe rapidement et que des idées étroites font place à des conceptions plus larges de devoir professionnel et de considération confraternelle.

L'un des devoirs importants d'un congrès comme celui-ci est d'entretenir le véritable esprit cosmopolite, d'unifier l'esprit dentaire et de mouler la profession en un corps parfaitement uni dont les diverses parties ne puissent se distinguer. Il sera probablement toujours impossible d'établir des types d'enseignement acceptables par toutes les nationalités; mais il est possible sans doute d'aboutir à des conclu-

sions définies sur ce qui constitue un dentiste cultivé, et quand cela sera réalisé, cela ne reposera pas sur une instruction strictement médicale ou dentaire. Le Congrès a pour mission, entre autres, d'éliminer ces deux extrêmes. Il faut s'attendre à ce que le monde civilisé tout entier envoie des représentants à Saint-Louis en septembre 1904, et certainement il faut le désirer sincèrement; nous pouvons leur donner l'assurance qu'ils y seront cordialement reçus et que les organisations locales coopèreront activement à agrandir le champ d'observation et de pratique de la dentisterie, de façon à ce qu'il devienne de plus en plus dans tous les pays un corps d'hommes à culture scientifique, travaillant sérieusement, sans égoïsme, à atténuer quelques-uns des maux de l'humanité souffrante.



JOSEPH CORDELIER

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Joseph-Gustave Cordelier, diplômé en 1903 de l'Ecole dentaire de Paris et de la Faculté de médecine de Nancy, décédé à Epinal dans sa 22e année, le 31 décembre dernier.

Son père est mort il y a quelques mois.

Nous adressons à cette famille si cruellement éprouvée nos très sincères condoléances.



Distinctions honorifiques

Nous avons le plaisir de relever parmi les nominations dans l'ordre de la Légion d'honneur la promotion de M. Beurdeley, maire du 8e arrondissement de la ville de Paris, membre du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris, au grade d'officier et la nomination de M. Bonnard, sous-directeur de l'enseignement technique à l'Ecole dentaire de Paris, au grade de chevalier.

Nous avons également le plaisir d'enregistrer la promotion de M. Martinier, notre rédacteur en chef, au grade d'officier de l'Instruction publique.

Nous leur adressons nos très sincères félicitations et sommes fiers de ces récompenses qui rejaillissent sur l'Ecole.

Nous relevons aussi avec satisfaction les nominations de MM. Touvet-Fanton, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris; Devoucoux et Stévenin, chefs de clinique; Amen, démonstrateur et Fresnel, ancien démonstrateur à cette école, au grade d'officier d'Académie.

Nous sommes heureux de ces distinctions accordées à notre corps enseignant et nous félicitons bien vivement les nouveaux promus.

Nous apprenons de même avec satisfaction la nomination de MM. Bianchi, de Lille; Conte, de Paris; Debray, de St-Germain-en-Laye ; de Flaugergues, Delorme, Gangloff et Héraud, de Paris ; Rigolet, d'Auxerre, membres de l'Association générale des dentistes de France, au grade d'officier d'Académie.

Sont nommés en outre :

Officier de l'Instruction publique.

M. le Dr Tourtelot, médecin-chirurgien-dentiste, à Saint-Fort-sur-Gironde (Charente-Inférieure).

Officiers d'Académie.

MM. Dr Courvoisier (Ernest-Louis), chirurgien-dentiste à Paris.
Delzant (Adéodat-Henri), chirurgien-dentiste à Paris.
Dupont (Louis), chirurgien-dentiste à Troyes.
Mme Gelma, née Lévi (Léontine), chirurgien-dentiste, membre de l'Association des dames françaises à la Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne).

MM. Moutin (Joseph-Siméon-Ernest), chirurgien-dentiste à Boulogne-sur-Seine (Seine).
Dr Page (André-Gustave-Oscar), professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
Ragageot (Henri-Jules), chirurgien-dentiste à Paris.
Ruffie, chirurgien-dentiste à Narbonne.
Segal (Maurice), chirurgien-dentiste à Paris.
Walter (Louis-Hippolyte), chirurgien-dentiste à Montreuil-sous-Bois (Seine).

Extrait du *Bulletin du Syndicat des médecins de la Seine.*

LES CONSULTATIONS GRATUITES DE MÉDECINE A L'ÉCOLE DENTAIRE

M. Philippeau. — L'Ecole dentaire de Paris avait annoncé par voie d'affiche la création d'une consultation gratuite de médecine qui devait être faite par le professeur de pathologie interne de l'Ecole.

J'ai appris, d'autre part, qu'on se proposait d'en faire apposer dans tous les arrondissements de Paris.

Immédiatement, j'ai écrit au directeur de l'Ecole dentaire pour protester contre cette innovation nuisible à nos intérêts, puisque l'invitation s'adressait à tout venant, riche ou pauvre.

En réponse à ma réclamation, M. le directeur de l'Ecole dentaire m'a écrit la lettre suivante, dont je cite des extraits et qui nous donne satisfaction :

« Très honoré confrère,

. . . .

» Les membres du Syndicat seront, j'en suis sûr, tout à fait rassurés quand ils sauront que la clinique médicale en question a lieu une fois par semaine, que les malades sont au nombre d'une dizaine au maximum, que nous les recrutons le plus possible parmi les indigents qui fréquentent les différentes consultations dentaires de notre Ecole ou parmi les malades des Bureaux de bienfaisance, enfin que les affiches en question ont surtout pour but d'y attirer les cas pathologiques reconnus nécessaires pour l'enseignement et que nous ne trouvons pas parmi eux. J'ajoute que, d'une manière générale et statutairement, ne sont admis à bénéficier des soins donnés à notre dispensaire que les malades qui ne sont pas en état de les payer.

» Dans ces conditions, il ne nous semble pas que la publicité en question soit de nature à préjudicier sérieusement au corps médical du IXe arrondissement. Toutefois, afin de donner satisfaction dans la mesure du possible à votre réclamation, le libellé de ces affiches sera modifié et spécifiera que, seuls, les indigents peuvent être accueillis

à la clinique médicale, comme à toutes les autres cliniques du dispensaire de l'Ecole.

» *Le Président-Directeur,* Dr Godon. »

M. J. Noir. — Je suis très heureux de cette solution, car les écoles dentaires méritent nos sympathies. Les dentistes, en effet, sont arrivés à conserver la liberté et l'autonomie de leur enseignement, et à rendre inutile la création d'une chaire de stomatologie à la Faculté.

Nous nous félicitons que le malentendu qui a existé un instant entre le Syndicat des médecins de la Seine et l'Ecole dentaire de Paris se soit terminé à la satisfaction du Syndicat, pour lequel nous avons la plus grande sympathie et qui poursuit un but que nous approuvons pleinement. Nous devons des remerciments au Dr Philippeau, président du Syndicat, avec lequel nous entretenons d'aimables relations, et au Dr Noir, qui s'est montré partisan résolu des écoles dentaires et des idées qu'elles défendent.

P. M.

Cours de clinique.

M. Pierre Sebileau, agrégé, chirurgien des hôpitaux, chargé de cours de clinique annexe à la Faculté de médecine, commencera son cours sur les maladies du nez, du larynx, du pharynx, de la bouche et des oreilles, le vendredi 29 janvier, dans son service de l'hôpital Lariboisière, à 9 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure (lundi : examen de malades ; mercredi : opérations ; vendredi : leçon à l'amphithéâtre).

Nous avons le plaisir d'annoncer que nos élèves de 3e année seront admis par séries à suivre ces cours.

Société coopérative des Dentistes de France.

Les actionnaires de la Société coopérative se sont réunis en assemblée générale ordinaire et extraordinaire le jeudi 17 décembre dernier. Les rapports de la Commission des comptes et du Conseil d'administration ont été approuvés à l'unanimité, ainsi que le bilan et la proposition de répartition des bénéfices. L'assemblée a constaté avec plaisir la marche très satisfaisante suivie par la Société. La souscription aux actions nouvelles a été sanctionnée et les titres pourront être distribués aux souscripteurs après accomplissement des formalités d'enregistrement, c'est-à-dire dans le courant du mois de février.

MM. les actionnaires recevront très prochainement leur compte individuel de bénéfices pour le 1re semestre 1903.

Enfin les services de la Société viennent d'être considérablement agrandis et les coopérateurs des départements sont tout spécialement invités, lorsqu'ils sont de passage à Paris, à venir visiter les nouveaux magasins de la coopérative ouverts tous les jours (sauf les dimanches) de 9 heures du matin à 6 heures du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Société d'Odontologie de Paris.

Réunions de février 1904.

Séance du mardi 2 février, à 8 h. 1/2 du soir.

1° Correspondance ;

2° Adoption des procès-verbaux ;

3° Le terrain en odontologie, par le Dr Frey, discussion de la communication publiée dans le journal du 15 janvier, page 11 ;

4° Considérations sur la perméabilité et la stérilisation de la dentine, par M. Choquet ;

5° L'impôt sur le revenu et les dentistes, par le Dr Foveau de Courmelles ;

6° Contribution à l'étude des solutions cocaïne-adrénaline, par M. Loup.

Séance de démonstrations pratiques du dimanche 7 février.

Cette séance est organisée à l'occasion de l'assemblée générale de l'Association générale des dentistes de France, qui a lieu la veille, le samedi.

1° Stérilisation de la dentine, par M. Choquet ;

2° Obturation mixte : ciment et amalgame, par M. Bonnard ;

3° Anesthésie locale par les injections de cocaïne-adrénaline, par M. Loup ;

4° Considérations sur certains anesthésiques locaux ; accidents dus à leur emploi, par M. Chateau (de Grenoble).

Le secrétaire général,
Dr Friteau.

24e ANNÉE. N° 2 30 JANVIER 1904 VOL. XXXI



L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

A PROPOS D'UN CAS D'ACTINOMYCOSE CERVICO-FACIALE SUPPURÉE A FORME MENTONNIÈRE EN FER A CHEVAL

Par M. le Dr PONT.

(*Communication au Congrès d'Angers.*)

J'ai observé dernièrement un cas d'actinomycose cervico-faciale, que j'ai cru intéressant de vous signaler pour plusieurs raisons : tout d'abord parce que cette affection, à mesure qu'on la connaît mieux, semble devenir plus fréquente, et ensuite parce que, comme nous l'avons souvent entendu dire à notre maître, le professeur Poncet, tout phlegmon d'origine dentaire, toute inflammation cervico-faciale, surtout péri-maxillaire, sont susceptibles d'être d'origine actinomycosique et doivent être examinés à ce point de vue.

Observation [1]. — Albert X... 61 ans, télégraphiste, demeurant à Lyon, vint me trouver pour des accidents de nature actinomycosique, qui avaient débuté deux mois auparavant. Jusqu'alors cet homme avait joui d'une excellente santé. Ses antécédents héréditaires ou personnels ne présentent rien de spécial. Il a toujours habité la ville, de sorte qu'il est difficile de s'expliquer comment s'est produite l'infection.

1. Cette observation a été publiée par l'entremise du Dr Thévenot, dans la *Gazette des hôpitaux*, le 2 juillet 1903.

Son affection s'est manifestée d'abord par une rage de dents extrêmement violente, qui persista pendant quatorze jours ; il s'agissait vraisemblablement d'une pulpite, accompagnée bientôt de périostite, car les douleurs furent suivies d'accidents phlegmoneux, qui commencèrent dans la région sous-maxillaire, pour s'étendre jusqu'au niveau de la symphyse. Les lésions avaient l'allure d'un phlegmon aigu banal d'origine dentaire avec douleurs très fortes, surtout pendant la nuit. Le médecin habituel du malade pratiqua sur la zone tuméfiée deux incisions cutanées qui ne permirent pas de rencontrer du pus et ne donnèrent issue qu'à un peu de sang.

A l'examen du malade, on constate que la tuméfaction, ainsi que le montre sa photographie, commence au niveau de la symphyse, qu'elle déborde, et s'étend en arrière jusqu'à la faciale. A ce niveau, les tissus sont rouges, un peu œdémateux ; ils forment une masse d'une dureté ligneuse, qui, sur la face interne du maxillaire, fait corps avec le plan osseux sous-jacent. On voit à ce niveau deux cicatrices anciennes complètement fermées ; on aperçoit aussi l'orifice d'un trajet fistuleux qui déverse à l'extérieur une faible quantité de pus. La lésion s'est portée tout entière du côté de la superficie, et du côté de la cavité buccale, il n'existe aucune altération pathologique.

L'examen microscopique fait par le D[r] L. Dor confirme la nature actinomycosique des lésions.

J'adressai alors ce malade à la clinique de M. le professeur Poncet.

Malgré les applications répétées de teinture d'iode et l'emploi à l'intérieur de l'iodure de potassium, la lésion ne subit qu'un certain degré d'amélioration, mais ne guérit pas complètement. Sur la ligne médiane, elle finit même par se tuméfier et par prendre une allure inflammatoire franche. Ceci au surplus n'a rien d'étonnant : nous avons vu maintes fois, lorsque nous avions l'honneur d'être l'interne du professeur Poncet, et depuis lors grâce à sa bienveillance, la coexistence d'accidents suppurés et d'accidents actinomycosiques. Les microbes de la suppuration ont pénétré en même temps que l'actinomycès et l'affection a pris alors une allure nettement phlegmoneuse.

Dans le cas qui nous occupe, la réaction inflammatoire paraissait due surtout à des lésions du squelette produites par des agents microbiens surajoutés. L'exploration des fistules au stylet montrait l'existence de deux séquestres mobiles ; une incision des téguments, pratiquée le 16 juillet dernier par notre ami le D[r] Thévenot, assistant du professeur Poncet, a permis d'enlever les deux séquestres.

Actuellement l'état du malade est des plus satisfaisants. La cicatrisation de la lésion osseuse est à peu près complète et la guérison sera bientôt parfaite.

La connaissance de pareils cas d'actinomycose est d'un grand intérêt pour nous, stomatologistes et odontologistes, car, en présence d'un abcès dentaire, à allure chronique, nous devons toujours penser à cette affection et en faire le diagnostic.

L'actinomycose cervico-faciale doit être considérée comme relativement fréquente. Dans leur traité clinique de l'actinomycose humaine, MM. Poncet et Bérard en avaient réuni de nombreux cas. Dans une récente communication à l'Académie de médecine sur l'actinomycose humaine, en France et à l'étranger, dans ces cinq dernières années, c'est-à-dire depuis la publication du traité clinique, MM. Poncet et Thévenot en ont noté 306 cas. Il est bon de remarquer d'ailleurs que la forme cervico-faciale est de beaucoup la plus commune, et que, habituellement, elle est d'origine dentaire. Il semble que, dans presque tous ces cas, le parasite ait profité des lésions de carie dentaire pour pénétrer dans la profondeur des parties molles et y déterminer les accidents caractéristiques. Ce rôle de la carie dentaire a été longuement étudié par MM. Poncet et Bérard. Ils considèrent qu'elle ne peut agir que d'une façon très médiate en déterminant des lésions de gingivite à son voisinage et en incitant les sujets à se servir plus fréquemment du cure-dent.

Il est évident que, tant que la carie n'est pas pénétrante, elle ne peut pas être incriminée, et l'on ne peut admettre cette cause que lorsque la carie a atteint le 3e ou 4e degré, c'est-à-dire lorsque la pulpe a été mise à nu, puis infectée.

Dans ce dernier stade doit-on admettre que les actinomycès pénètrent par la dent? Sans doute Partsch et Israël auraient trouvé le parasite dans les canaux radiculaires, mais il faut noter que Boström nie la chose et prétend qu'il s'agit simplement de vulgaires filaments de leptothrix. En admettant que le champignon rayonné puisse se développer dans l'intérieur d'une cavité de carie et qu'il puisse en sortir au niveau de l'apex pour infecter l'organisme, on ne s'expliquerait par la rareté des lésions osseuses.

On sait, en effet, que l'actinomycose ne provoque presque jamais de dénudation osseuse ou d'élimination de séquestre, à moins qu'il n'y ait une infection microbienne surajoutée. Il semble donc plus rationnel d'admettre que, si la carie dentaire favorise l'infection actinomycosique, cette in-

fection ne se fait pas par la dent elle-même, mais par les fistules gingivales qu'elle provoque.

La pyorrhée alvéolaire doit être, à notre avis, également incriminée et dans une mesure peut-être encore plus grande que la carie. Si elle n'a pas été signalée par les auteurs classiques, c'est que cette affection est tellement banale que leur attention n'a peut-être pas été attirée sur ce point.

La pyorrhée alvéolaire réunit toutes les conditions propres à faciliter l'infection. On sait qu'elle se caractérise surtout par une tuméfaction et un décollement des gencives, la formation de clapiers purulents sous-gingivaux dans lesquels tous les parasites peuvent pulluler librement. D'autre part, dans la première période de cette affection, le malade, par suite de l'agacement des gencives, fait un usage abusif du cure-dent. Il peut ainsi très facilement inoculer en terrain tout préparé. L'actinomycès une fois déposé dans le cul-de-sac gingival filera vers les espaces conjonctifs, puis viendra former ces vastes placards qui adhèrent immédiatement à la face superficielle du maxillaire.

Nous n'avons pas pu recueillir suffisamment d'observations pour publier une statistique sur ce point particulier, mais nous espérons qu'il nous sera possible de le faire bientôt, car nous croyons que la pyorrhée alvéolo dentaire expliquera les cas d'actinomycose cervico-faciale dans lesquels les dents sont indemnes de caries.

RAPPORTS DES DENTS DE SIX ANS ET DES DENTS DE SAGESSE SUPÉRIEURES

Par le Dr Georges Lasnier, de Bordeaux.

(Communication au Congrès d'Angers.)

L'observation que nous avons l'honneur de vous présenter a trait uniquement à la thérapeutique de la dent de 6 ans supérieure.

Nous avons à dessein laissé de côté la question encore si controversée de l'extraction précoce de la dent de 6 ans inférieure dans le cas de carie ayant dépassé le deuxième stade.

Et cependant s'il nous fallait prendre parti dans ce litige, nous ne pourrions que répéter, en les prenant pour notre compte, les arguments, probants, à notre avis, de tous ceux qui soutiennent l'opportunité de l'avulsion à l'époque convenable de la première grosse molaire inférieure, dans les cas de carie du troisième degré bien entendu.

Ne pensez-vous point, messieurs, qu'il a bien suffisamment rempli son office, l'organe qui, soutien et pilier des maxillaires[1] au moment de la seconde dentition, régulateur et directeur de l'éruption dentaire à cette époque, a eu de plus à supporter seul les efforts de la mastication à un âge où le développement de l'organisme demande une alimentation plus que réparatrice, où l'enfant bien portant a un gros appétit, ne choisit guère ce qu'il mange et ne prend encore, à de rares exceptions près, aucun soin de sa bouche ?

Si le tissu osseux est plastique à cette époque de l'existence, comme en tout temps du reste, s'ensuivra-t-il que tout va s'effondrer faute de soutien parce qu'on aura extrait deux dents à la mâchoire inférieure? N'appartient-il pas toujours au thérapeute de juger de l'utilité et du moment de son intervention?

Si nous ajoutons à cela que, cette première grosse molaire

1. Ducournau, *Revue odontologique.*

extraite en temps opportun, la deuxième prendra à peu près exactement sa place, que plus tard la dent de sagesse, dont l'évolution va être hâtée, aura l'espace nécessaire et plus que suffisant pour évoluer d'une façon normale et sans les accidents (il y a lieu d'insister sur cet heureux effet) qu'elle provoque lorsque cette sortie est entravée, nous sommes forcé de conclure à une corrélation manifeste entre ces deux choses et de dire que le résultat est de tous points satisfaisant.

Nous croyons qu'il n'y a pas lieu d'insister plus longuement pour défendre une cause qui se défend d'elle-même et que d'autres, plus autorisés que nous, ont soutenue et gagnée avec leur talent coutumier, et, ce qui vaut peut-être mieux, avec pièces et empreintes à l'appui.

Mais ce n'est point, messieurs, le sujet qui nous occupe et nous le laissons résolument de côté ; nous désirons porter votre attention sur la conduite qu'il y a lieu de tenir, sur la résolution qu'il convient de prendre, lorsque nous nous trouvons en présence à la mâchoire supérieure d'une première multicuspidée, arrivée au troisième degré de la carie ou l'ayant même dépassé.

Allons-nous extraire cette dent pour faire place à la dent de sagesse ?

Eh ! bien messieurs, je suis d'avis que non et je crois au contraire que nous devons faire tous nos efforts pour conserver un organe qui va être à la mâchoire supérieure de première nécessité.

L'observation succincte qui va suivre tâchera de justifier mon affirmation :

Mme C..., 23 ans.

Pas d'antécédents pathologiques. Bonne santé habituelle. Bien réglée depuis l'âge de douze ans. Une fausse couche de six semaines en janvier 1901. Accouchement normal et à terme vers la fin février 1902.

Première dentition : normale.

Seconde dentition : à l'âge de onze ans, pour la première grosse molaire inférieure du côté droit, à l'âge de treize ans pour son homologue de gauche, l'extraction est pratiquée par un de nos confrères bordelais ; depuis, sans qu'on puisse fixer une date précise, les secon-

des multicuspidées ont évolué et sont venues se mettre en bonne place; quant aux dents de sagesse, leur sortie s'est faite sans aucune douleur, et ce n'est qu'à un examen provoqué par une carie pénétrante de la seconde bicuspidée inférieure droite que nous avons pu apprendre à notre cliente que l'évolution de ses dents était terminée à la mâchoire inférieure. Dans l'intervalle, et vers l'âge de dix-huit ans, le praticien, antérieurement consulté, a extirpé la pulpe de la dent de 6 ans supérieure gauche, pansé les canaux, obturé au ciment ; la dent de douze ans du même côté, atteinte d'une carie n'ayant point dépassé la dentine, la chambre non ouverte, a été aurifiée à l'or mou par la méthode de Herbst. A cette époque les dents supérieures du côté droit sont parfaitement saines.

Ce n'est qu'après sa fausse couche, soit en mars 1901, que nous avons été appelé à donner nos soins à la malade qui fait le sujet de notre observation : les rages de dents ont été telles que l'on vient nous demander un aide et un conseil.

Nous sommes alors à même de constater les faits suivants :

Les dents sont saines à la mâchoire inférieure, sauf la seconde bicuspidée droite dont la pulpe est enflammée, nous dévitalisons à l'acide arsénieux et obturons provisoirement à la gutta ; à la mâchoire supérieure nous trouvons, à gauche, la première multicuspidée avec un quatrième, périostite et fistule ; sur la demande de la malade, nous pratiquons l'extraction.

Ce n'est que longtemps après que nous revoyons notre patiente, elle a eu une grossesse terminée heureusement en février 1902 par un accouchement normal et à terme, elle a beaucoup souffert des dents pendant qu'elle était enceinte ; depuis sa délivrance les douleurs se sont calmées, mais comme elle a tenu essentiellement à nourrir son bébé, et que le médecin lui a dit qu'une bonne nourrice devait avoir des dents irréprochables, elle nous est revenue, d'autant plus qu'elle souffre encore de temps en temps.

L'état de la dentition à ce moment, soit en septembre 1902, est cependant meilleur que l'on n'eût été en droit de le supposer.

A la mâchoire inférieure, la gutta que nous avions mise à la seconde bicuspidée droite a l'air d'avoir résisté ; nous n'y touchons point.

A la mâchoire supérieure, nous soignons et obturons une carie de la face triturante de la première multicuspidée droite, la seconde n'a rien ; à gauche, la deuxième multicuspidée a pris à peu de chose près la place de la dent de 6 ans extraite, l'obturation à l'or mou s'est détachée ; nous pansons et mettons un ciment. La dent de sagesse n'a pas encore fait son apparition.

Enfin, en mai 1903, nous revoyons notre malade. Cette fois les désordres de la bouche sont assez sérieux, et successivement nous obturons au ciment ou à l'amalgame, après les avoir traités par l'a-

cide sulfurique, procédé de Siffre, des quatrièmes degrés qui ont atteint à la mâchoire supérieure les deux multicuspidées de droite à gauche ; en haut la dent de douze ans s'est effritée, il n'en reste plus qu'un moignon que nous désinfectons et recouvrons d'une coiffe en or ; à côté la dent de sagesse est apparue sous la forme d'une saillie rugueuse de la grosseur d'un noyau de cerise : l'organe tel quel est manifestement impropre à aider de quelque façon que ce soit à l'acte masticatoire.

L'état actuel de la bouche est donc le suivant :

En bas : les deux dents de 6 ans extraites, remplacées par les deuxièmes multicuspidées, dents de sagesse normales et sorties en bonne place.

En haut : à droite, dents de 6 ans et de 12 ans conservées pouvant remplir longtemps leur office.

A gauche : dent de 6 ans extraite, remplacée par la dent de 12, sortie d'une dent de sagesse atrophiée.

Articulation normale.

Gencives saines.

Réaction salivaire un peu acide.

Que devons-nous conclure de ceci, messieurs ?

Autant il est rationnel et utile d'extraire en temps opportun la première multicuspidée du bas, autant nous devons conserver à tout prix sa sœur de la mâchoire supérieure.

Reprenons l'un après l'autre et discutons les arguments de ceux qui sont d'avis d'appliquer une thérapeutique semblable à l'une comme à l'autre mâchoire.

L'extraction de la dent de 6 ans va-t-elle permettre avec plus de facilité la sortie de la dent de sagesse supérieure ? Point du tout, cette dent évolue dans l'immense majorité des cas sans aucun accident.

Veut-on lui faire de la place ? Elle en a de reste sans suppression d'organe antérieur.

Les raisons en sont simples et tiennent à la structure de la région.

Examinons un maxillaire supérieur préparé à l'état sec, pratiquons des coupes au niveau de la tubérosité, nous allons voir que cette portion de l'os est constituée par du tissu spongieux à très larges mailles, qui se laissera facile-

ment traverser par la dent de sagesse, sans mettre obstacle à sa sortie ; la tubérosité étant appliquée sur l'apophyse ptérygoïde, la dent pourra sortir en arrière sans donner lieu à aucun désordre.

Au surplus, cette dent de sagesse supérieure sortira d'autant plus facilement sans intervention qu'elle est déjà très petite, plus petite d'abord que la deuxième multicuspidée sa voisine, donc et *a fortiori* plus petite que la première ; ceci est un fait ethnique bien moins net cependant pour la mâchoire inférieure[1].

On a pu voir cette dent de sagesse supérieure réduite quelquefois à un petit pépin ; celle qui nous occupe n'est pas à ce point atrophiée, mais l'organe n'est pas beau et quant à son utilité pour la mastication je la mets en doute.

Regardez la pièce que je vous présente, messieurs, et dites-moi si vous ne trouvez pas que le côté droit de cette mâchoire supérieure doit servir mieux fonctionnellement que le côté gauche ?

Et c'est ici que toutes les considérations osseuses et anatomiques que nous venons d'invoquer paraissent de moindre importance à côté des raisons d'ordre fonctionnel et physiologique qui nous restent à faire valoir.

Nous savons que le maxillaire supérieur, fortement engrené à cause de ses moyens d'union aux autres os qui constituent la face, ne jouit d'aucune mobilité, il se borne, dans son rôle purement passif, à présenter une superficie aussi large qu'il est possible à la rencontre de la mâchoire inférieure. C'est à cette dernière, munie de muscles puissants, qu'est dévolu le soin de triturer et de broyer les aliments ; on peut être tranquille, elle s'arrangera toujours pour remplir congrûment l'office qui lui incombe : si les mouvements d'abaissement et d'élévation ne suffisent point, elle fera appel aux mouvements accessoires d'avant en arrière, de latéralité et de déduction, développant et augmentant leur amplitude, si le besoin s'en fait sentir. C'est ainsi qu'on promène en tous

---

1. Magitot, *Anomalies dentaires*, page 58.

sens le pilon contre les parois d'un mortier. En l'espèce le maxillaire supérieur représente le mortier renversé, il est solidement fixé, encore faut-il que le pilon inférieur ait devant lui une surface accessible et un champ suffisant pour ne pas travailler à faux et sans résultat.

Si nous nous plaçons au point de vue dentaire pur, voilà déjà des raisons sérieuses ; je voudrais abréger autant qu'il est possible, mais il est des arguments d'ordre plus général que je ne puis passer sous silence et que je vais énoncer, ne fût-ce qu'à titre de rappel.

D'abord il est presque superflu de faire remarquer que les aliments incomplètement broyés seront plus difficilement déglutis, les digestions se feront mal ou seront tout au moins retardées, l'état général s'en ressentira.

Nous connaissons les troubles de la parole qui surviennent lorsque l'arcade dentaire présente des solutions de continuité ; ce que je dis est applicable surtout à la mâchoire supérieure, car l'inférieure contribue moins à l'articulation des sons. Mais si, au maxillaire supérieur, une incisive ou une canine viennent à faire défaut, l'air passe en produisant un sifflement désagréable ; si la dent manquante est une molaire, la phonation est moins troublée, cependant la langue ne manœuvrera pas à son aise, car elle doit trouver un bon et homogène point d'appui sous la voûte palato-dentaire, et toutes ses fonctions se ressentiront des difformités de cette voûte.

Pour terminer cette communication un peu longue, j'ai le devoir de reconnaître que ma thérapeutique n'a pas été bonne, puisqu'elle n'a pas produit de résultat heureux. J'ai eu tort de céder au désir de la malade et de pratiquer l'extraction de sa dent de 6 ans supérieure : il n'est pas venu pour la remplacer l'organe sain et solide que j'attendais ; à l'avenir je ne ferai plus dans des cas analogues que de la chirurgie expectante et conservatrice.

Voilà ma conclusion, et à ceux qui me reprocheront de l'établir sur une seule observation, je répondrai que le cas n'est pas isolé et que je me propose d'en recueillir d'autres, me réservant de les soumettre quand j'en aurai un nombre suffisant.

LE COLLARGOL EN ART DENTAIRE

Par M. L. Vichot,
Chirurgien-dentiste à Angers.

(Communication au Congrès d'Angers.)

L'argent colloïdal ou collargol, dont l'entrée dans la thérapeutique date déjà de quelques années, était presque inconnu en France lorsque le Dr Netter attira sur ses propriétés l'attention du corps médical.

Ce produit constitue un médicament inoffensif et doué de propriétés très efficaces dans nombre de maladies infectieuses.

Découvert en 1889 par un chimiste américain, Caréa Léa, il fut employé pour la première fois par Credé, de Dresde, en 1897.

On l'obtient par la réduction d'une solution de nitrate d'argent au moyen du citrate de fer. Ce corps se présente sous forme de petits grains noirs à reflets métalliques très friables ; il est inodore, d'une saveur légèrement astringente. Il n'est ni caustique ni irritant, il est soluble dans 25 parties d'eau ; les acides et la plupart des sels le précipitent à l'état d'argent métallique.

Les solutions ont une couleur brune ou noirâtre et ne font subir aucune modification aux humeurs de l'organisme (sang, lymphe, etc.).

On peut l'employer de différentes façons : en frictions à la surface de la peau ; en injections sous-cutanées ; en injections intra-veineuses ou l'administrer par la bouche.

Les modes d'emploi les plus usités sont *les frictions* et *les injections intra-veineuses*. Pour les frictions on emploie *la pommade de Credé* à 15 0/0 ; le manuel opératoire est celui des frictions mercurielles.

Pour les injections intra-veineuses, la solution doit être récemment préparée avec de l'eau distillée dans les proportions de 1 à 2 0/0.

La quantité de collargol à injecter habituellement est de 20 à 50 milligrammes.

Des expériences nombreuses établissent que le collargol employé en frictions est absorbé et qu'il se fixe dans les organes d'où il s'élimine avec les déjections.

Introduit dans le sang, il est porté dans tous les organes et est complètement éliminé au bout d'un mois.

L'injection intra-veineuse provoque une leucocytose marquée et rapide ; elle provoque également une élévation passagère de température, mais cet effet n'est pas constant.

« Quant *aux injections sous-cutanées, elles exposent à la production ultérieure d'abcès* et sont bien moins actives que les injections intra-veineuses et n'offrent pas, semble-t-il, beaucoup d'avantages sur les frictions [1]. »

Les expériences de Baldoni, de Brunner et de Cohn démontrent que le collargol a une action bactéricide peu marquée.

Par contre, si son action bactéricide est peu marquée, *l'action empêchante du collargol est considérable* ; on entend par là l'impossibilité pour les microbes de se développer dans un milieu nutritif additionné d'une certaine quantité de collargol.

Comment agit le collargol ? Agit-il en détruisant les microbes, en empêchant la pullulation dans le sang ou bien en modifiant ou neutralisant les toxines ?

« Il ne faut pas attribuer exclusivement l'action du collargol aux propriétés antibactériennes de l'argent [2] », car sous la forme colloïdale le pouvoir bactéricide de l'argent est inférieur à celui des combinaisons de ce métal.

A côté de cette action antiseptique il faut faire intervenir *une action catalytique* favorisant les processus de défenses naturelles ou *pouvoir particulier analogue à celui des ferments* que présentent les métaux à l'état colloïdal (mé-

---

1. Dr Netter, *Société médicale des hôpitaux* (16 janvier 1902).
2. Dr Netter, *Société médicale des hôpitaux* (16 janvier 1903).

taux colloïdaux) ou à l'état de division entrême (mousse de platine).

Cette particularité de certains métaux à l'état colloïdal a été étudiée par Bredig, qui a montré *que le platine à l'état colloïdal se comporte à tous les points de vue comme un ferment inorganique,* accélérant par sa présence à doses infinitésimales des transformations chimiques de même ordre que celles dans lesquelles interviennent les ferments figurés et les ferments organiques.

D'après ce qui précède, nous voyons que le collargol a comme action d'augmenter les propriétés défensives de l'organisme par un accroissement des leucocytes.

En présence des résultats obtenus par l'emploi du collargol dans la thérapeutique générale, j'ai été conduit à rechercher si ce produit ne serait pas susceptible de rendre en art dentaire des services analogues.

Il est bien entendu que son action ne doit pas porter sur la destruction des produits infectieux, étant donné son pouvoir bactéricide très faible ; il doit être réservé pour empêcher le retour de l'infection.

Dans ce but mes recherches ont porté :

1° Sur des dents à carie pénétrante avec ou sans infection ;

2° Sur des dents infectées avec périodontite ou complications diverses.

Manuel opératoire. — On débarrasse les racines des débris pulpaires ou produits infectieux, puis, lorsque toute trace d'infection a disparu, on sèche la dent et les canaux, puis on lave à l'alcool.

Introduire ensuite dans les canaux une mèche imprégnée d'une solution saturée de collargol, en ayant soin de tapisser en quelque sorte les parois de cette solution et de retirer la mèche. Dessécher à nouveau pour évaporer l'eau et les parois restent recouvertes d'une couche de collargol précipité, puis procéder à l'obturation de la dent.

Dans le cas de dents non infectées j'obture immédiatement d'une façon définitive.

Dans le cas contraire, une obturation provisoire permet de surveiller la façon dont la dent se comporte par la suite.

J'ai même, pour éviter toute confusion ou tout au moins pour être plus certain de la propriété du collargol, proscrit dans la désinfection des dents ou trajets fistuleux l'emploi de tout antiseptique et utilisé seulement les moyens mécaniques tels que mèches sèches ou imbibées d'alcool.

Dans les trajets fistuleux, je tâche de pousser une injection pénétrant par la dent et ressortant par l'orifice fistulaire ; alors je commence par une injection d'eau pure, puis j'injecte quelques gouttes d'une solution de collargol à saturation.

Dans le cas où je ne puis obtenir le passage du liquide au delà de l'apex, je nettoie le trajet fistuleux au moyen de mèches de ouate, en ayant soin de pénétrer le plus avant possible, puis j'instille par la gencive quelques gouttes de la solution de collargol.

Bien que cette façon de procéder ne puisse être comparée aux injections sous-cutanées, je n'ai jamais observé de production ultérieure d'abcès (signalée par le Dr Netter).

Après avoir observé les propriétés du collargol dans les cas cités plus haut, j'ai cru devoir l'expérimenter dans les dents dont la pulpe n'est pas exposée et dans ce cas j'ai tâché d'utiliser sa propriété d'augmenter le pouvoir défensif de l'organisme contre l'invasion microbienne.

J'ai en ce moment deux cas de pulpes exposées accidentellement et un de molaire atteinte de pulpite aiguë traités au moyen du collargol sans qu'il y ait eu de complications, bien que ces dents soient en observation depuis plusieurs semaines.

Dans ce cas je fais usage de collargol d'une façon analogue à celle décrite plus haut, en ayant soin de ne pas faire de compression au moyen de la gutta-percha, employée comme matière obturatrice provisoire.

Je ne sais ce que ces cas me donneront comme résultat ; mais j'ai tout lieu d'espérer, en présence des résultats obte-

nus sur des seconds degrés avancés datant du commencement de l'année et traités de cette façon.

Ce qu'il y a de certain, c'est que, ce produit n'étant ni caustique ni irritant, il n'y a pas à craindre de sa part d'accidents vis-à-vis de la pulpe et l'on est en droit d'espérer par ce traitement rendre à des pulpes malades leur intégrité et par suite conserver des organes dont l'utilité est incontestable.

Reste comme objection ou réserve à faire au sujet de l'emploi du collargol la coloration grisâtre qui doit au bout d'un laps de temps plus ou moins long, à mon avis, envahir les tissus de la dent.

Je ne l'ai pas encore observée; mais ce ne serait toujours pas un obstacle à l'emploi du collargol pour les molaires, dont la teinte n'a qu'une importance relative.

PROTHÈSE VÉLO-PALATINE DANS UN CAS DE DISPARITION TOTALE DE LA DENTITION AU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

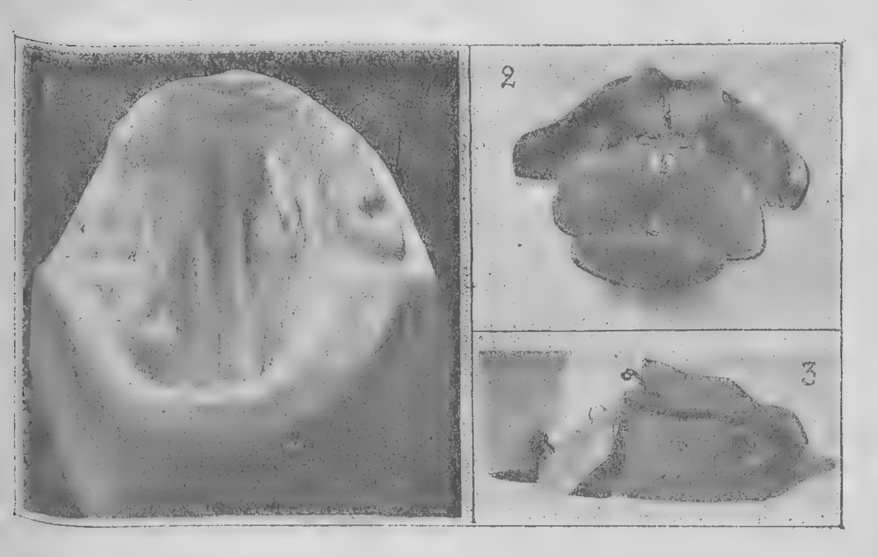
Par J. Vichot (Lyon).

(*Communication au Congrès d'Angers*)

En 1901, au Congrès d'Ajaccio, je fus vivement intéressé par le nouvel appareil Delair et par son ingénieux mécanisme.

Quelques mois après, en avril 1902, lors des assises annuelles de la Fédération dentaire nationale, j'eus l'occasion, dans une séance de démonstrations de la Société d'Odontologie de Paris, de voir fonctionner cet appareil. Cette démonstration, faite sur une malade, me permit de comprendre la théorie de l'appareil et son fonctionnement et d'en apprécier les résultats obtenus.

Au Congrès de Montauban, mon attention fut attirée par



la méthode phonétique que vous avez entendu exposer et dont vous avez pu lire l'exposé dans les comptes rendus de cette session. Cette méthode rend possible une phonation normale plus rapide que quand le sujet est livré à lui-même.

Je décidai donc, le cas échéant, d'employer l'appareil et la méthode Delair.

Il y a quelques mois, la malade faisant l'objet de cette communication se présenta à mon cabinet avec un cas tout particulier.

Cette malade, jeune fille de 19 ans, est porteuse d'une lésion congénitale très vaste : absence totale de voile et fissure palatine de 2 cm. environ de large, de forme rectangulaire s'étendant en avant jusqu'à environ 1 cm. de la crête alvéolaire sans trace de bec-de-lièvre ; elle a vu disparaître progressivement toutes ses dents de la mâchoire supérieure. Dents et racines ont été extraites il y a environ deux ans et la malade porte, depuis cette époque, un appareil ordinaire composé d'une pièce palatine de restauration dentaire munie d'un prolongement en caoutchouc mou. Ce prolongement descend très bas et rétrécit la cavité naso-pharyngienne ; la malade parle mal et l'appareil ne tient pas en place ; il n'est maintenu que par les muscles de la langue, des joues et des lèvres.

Dans ce cas, l'appareil Delair est tout indiqué, mais, je me pose alors cette question. Pourra-t-il fonctionner ? Comment le faire tenir ?

La malade, faute de temps, ne se résout pas à faire extraire les mauvaises dents et racines qu'elle a au maxillaire inférieur, et par conséquent la rétention au moyen de ressorts est impossible.

Les cornets et la cloison étant d'un volume normal, comme on peut le voir sur le moulage, je ne pouvais songer à combler les fosses nasales comme l'indique le Dr Martin dans un cas de gueule de loup avec atrophie des cornets et de la cloison.

J'eus un moment l'idée d'appliquer le procédé de Brandt, de Berlin, c'est-à-dire une poche en caoutchouc mou gonflée après la mise en place de l'appareil ; — procédé inauguré d'ailleurs récemment par mon ami le Dr Pont pour la rétention d'un appareil de prothèse restauratrice du maxillaire supérieur — mais, pas plus que le procédé du Dr Martin, je ne pouvais l'employer, car il aurait obstrué les fosses nasales et diminué le volume d'air qui doit y passer.

J'eus alors l'idée de faire au dos de l'appareil un prolongement horizontal en caoutchouc mou des fausses muqueuses. Ce prolongement fait tout le tour de la fissure et s'y insinue.

Je fis d'abord une plaque d'essai. En la plaçant dans la bouche, les deux prolongements latéraux cèdent facilement sous la pression, se rejoignent pour pénétrer dans la fissure, puis s'écartent et reprennent leur position première en s'appuyant sur les bords internes de la fissure.

J'essayai cette plaque, le résultat fut parfait. Il ne me restait alors, ayant un moyen de rétention, qu'à faire l'appareil définitif. Le voile a été fait d'après le procédé Delair, c'est-à-dire en caoutchouc rose ordinaire cuit d'une façon spéciale pour lui conserver sa souplesse. Pour faire cet appareil, une empreinte de la voûte palatine seulement est suffisante et il n'est pas nécessaire d'avoir l'empreinte totale de la cavité naso-pharyngienne; cette empreinte est souvent difficile à prendre et je n'ai pris celle-ci que pour vous montrer l'étendue de cette lésion : la cavité naso-pharyngienne, les cornets et la cloison.

Une fois l'appareil définitif mis en place, la voix de ma malade est immédiatement modifiée. Selon la théorie émise par Delair en avril dernier à Madrid, le clapet muni de son tuteur augmente à volonté la cavité de résonnance buccale et par conséquent l'acoustique. En même temps, la résonnance dans la caverne pharyngo-nasale est diminuée par suite de l'interception du passage de la colonne d'air expiré du larynx lorsque se produit l'éclatement du son, avant que, par la volonté, le sujet le transforme en parole par l'entrée en action des organes essentiels et accessoires de la parole.

Ce cas peu ordinaire de disparition totale du système dentaire à la mâchoire supérieure alliée à une fissure palatine de cette importance, surtout sur un sujet de cet âge, m'a permis d'appliquer l'appareil et la méthode Delair en utilisant ce moyen de rétention bien simple et qui, je crois, n'a pas été encore employé.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an, Lignes en sus : 10 fr. la ligne } dans 24 numéros.

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS, TÉLÉPHONE 214.53.

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre. **149 élèves** reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens des deux sessions 1903 : 40 élèves reçus sur 50 élèves. **Les 4/5 du cours de 1901, 1902 et 1903 reçus.** Envoi des noms et adresses des diplômés.

Préparation spéciale par le Docteur **Achille LOMBARD** O. ✿ C. ✻. ancien Secrétaire du Jury de la Sorbonne, 3, boulevard Sébastopol, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, TÉLÉPHONE 218.69.

Alfred Joliot (à la Cloche), 193, rue St-Martin. TÉLÉPHONE 271.51.

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, *près la Bourse*, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.

Mamelzer et fils, 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS. TÉLÉPHONE 306.77.

Reymond frères {
22, rue Le Peletier, PARIS. TÉLÉPHONE 312.91.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPHONE 223.04.

Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TÉLÉPHONE 214.47. Adr. télég. : Sociédents. } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Vve J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPHONE 923.48.

(Voir la suite page 88.)

QUELQUES NOTES SUR L'APPLICATION DE L'ORTHOFORME EN ART DENTAIRE

Par W. Brodhurst, D. E. D. P. et D. F. M. P.

(Communication au Congrès d'Angers.)

Poursuivant les expériences faites en art dentaire sur l'orthoforme, qui a été si bien décrit et analysé par notre confrère M. Bonnard, dans son étude sur l'orthoforme et le chlorhydrate d'orthoforme en art dentaire, j'ai noté quelques observations sur les déboires que cet anesthésique antiseptique m'a occasionnés et les services qu'il m'a rendus.

De ces observations, il m'est resté que le chlorhydrate d'orthoforme n'est pas supérieur à la cocaïne comme agent anesthésique pour l'extraction des dents ; soit que mon *modus faciendi* ait été défectueux, soit que la solution préconisée par notre distingué confrère de 1 c. c. de chlorhydrate d'orthoforme à 2 o/o ait été insuffisamment bien préparée, les injections furent presque toujours suivies de fluxion et d'eschares que je dus ensuite traiter par la méthode ordinaire.

Laissant donc de côté les injections hypodermiques, j'ai recherché une application pratique de ce médicament, qui dans certaines inflammations de la cavité buccale et dans le traitement des caries de 3e et 4e degré m'a donné d'excellents résultats, ainsi que le démontrent les observations suivantes.

Observations.

Mlle X., 18 ans, partant en voyage le jour même, désire être soulagée avant son départ. Je constate une carie pénétrante de la 2e bicuspide supérieure droite : après le lavage de la carie et les soins préliminaires je fais sur la pulpe découverte une application d'un mélange de gaïacol et d'orthoforme au 1/10 avec l'acide arsénieux. Trois heures après, je puis extraire les débris pulpaires, nettoyer les canaux à l'aide de mèches imbibées de la solution, pratiquer les lavages à l'alcool, faire l'obturation du canal à la gutta et terminer la dent sans que la malade ait ressenti de douleur pendant le traitement. Quelques mois après je revis

la malade, qui n'avait pas souffert; la dent paraissait être dans son état normal.

M. X., employé. Carie 3e degré incisive droite. Même traitement préliminaire que pour le cas précédent, sans toutefois me servir d'acide arsénieux, la pulpe se trouvant déjà en état de dévitalisation. Je laissai 24 heures un tampon d'ouate imbibé de la solution d'orthoforme et de gaïacol et, le lendemain, après lavage, extirpation des débris pulpaires et séchage à l'air chaud, je laissai dans la racine une mèche à l'orthoforme, j'obturai provisoirement. Quelques semaines après je terminais la dent sans que le malade eût accusé de douleurs.

M. X., collégien, vint à mon cabinet pour une fracture des incisives médianes faite en jouant au football.

Après quelques applications immédiates à l'aide de coton imbibé de gaïacol et orthoforme, je réussis à calmer les douleurs violentes, et le lendemain, après nettoyage des canaux, je pouvais remplacer les deux dents brisées sans avoir eu de périostite post-opératoire.

Mme X. se présente à mon cabinet avec des eschares de la joue et de la muqueuse gingivale provoquées par l'application de l'acide arsenieux dans une cavité 3e degré de première grosse molaire inférieure; les douleurs sont violentes. J'appliquai de l'orthoforme en poudre et pus aviver la plaie presque sans souffrance; je recommandai de garnir la cavité de gros tampons d'ouate imbibés de solution d'orthoforme et de glycérine au 1/10; quelques jours après l'eschare avait disparu et je pus obturer comme précédemment sans douleur; par contre j'eus à combattre une périostite post-opératoire qui dura assez longtemps.

M. X., 30 ans, en voyage se fait extraire deux racines de 2e grosse molaire inférieure à l'aide de chlorure d'éthyle; l'opération n'amenant aucun soulagement, M. X., en continuant son voyage, se rend chez un autre praticien, qui fait, toujours à l'aide de chlorure d'éthyle, une tentative infructueuse pour l'ablation de la dent de sagesse avoisinant les racines enlevées. Rentré chez lui et souffrant toujours, mon patient me fit appeler; je le trouvai dans un état de dépression et d'énervement très grand avec 39° de fièvre et de l'œdème de la face. A l'examen de la bouche je constatai de la suppuration, les muqueuses gingivales et buccales étaient remplies d'eschares blanc grisâtre provoquées par de profondes brûlures, causées, à ce que j'ai supposé, par le chlorure d'éthyle ou tout autre caustique appliqué sur les débris de la dent de sagesse. Le moindre attouchement provoque des douleurs violentes; les badigeonnages de cocaïne ordonnés précédemment ne sont pas supportés; dans la journée le malade subit un commencement d'intoxication combattu à l'aide de café noir et de grogs chauds. Je fis des irrigations avec une solution de permanganate de potasse faible et j'appliquai des tampons d'ouate imbibés d'une solution d'orthoforme et de glycérine au 1/10; le premier jour le résultat fut à peu près nul, sauf que je constatai le lendemain une augmentation de suppuration et un commencement d'élimination des eschares; le deuxième jour le malade se plaignit de douleurs plus violentes, suivies pourtant de nouvelles éliminations de muqueuse

mortifiée ; le troisième jour, après le lavage, je pus apercevoir quelques bourgeonnements. J'employai alors une pommade composée de 1 gr. orthoforme, 0. 50 centig. cocaïne, 25 gr. vaseline ; le malade accuse depuis quelque répit dans la douleur seulement pendant le temps où le coton, saturé de cette pommade et appliqué sur la muqueuse, n'est pas encore imbibé de salive ; en répétant ce pansement plusieurs fois par jour, la souffrance devient tolérable et tend à disparaître vers le cinquième jour.

L'élimination complète des eschares eut lieu vers le neuvième jour et je pus constater l'absence de suppuration et le bourgeonnement rationnel des plaies ; il va sans dire que, comme adjuvant au traitement, j'avais deux fois par jour fait des lavages antiseptiques au permanganate de potasse et qu'aussi pendant les premiers jours, pour calmer les douleurs violentes, le malade avait dû couvrir sa joue d'une feuille d'ouate imbibée du liniment classique : chloroforme, laudanum, baume tranquille et glycérine. J'ai pu également calmer à maintes reprises les accès de périostite à l'aide d'un liniment composé de glycérine et de teinture d'iode en parties égales et d'orthoforme au 1/10 et je me suis servi également avec succès de cette solution dans les cas de gingivite fongueuse pour l'enlèvement du tartre toujours si douloureux.

De toutes ces observations il résulte que l'orthoforme peut nous être de grande utilité, toutes les fois que la cocaïne ne saurait être employé spécialement dans les cas d'inflammation intense des muqueuses, associé à la glycérine, ou en pommade, ou en poudre en application directe sur une plaie, et aussi que dans les caries du 3ᵉ et 4ᵉ degré par son pouvoir anesthésique et antiseptique, associé au gaïacol, il supprime la douleur et permet l'obturation des dents en une ou deux séances.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an, / Lignes en sus : 10 fr. la ligne — dans 24 numéros.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie,* à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*École Dentaire,* 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Amalgame Fellowship.
L'Or Universel.
Ciment Vilcox.
— Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.

OPALINE, MEUBLES ASEPTIQUES.

L. Deglain, 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. Dr Bengué, 47, rue Blanche, PARIS.
Anesthésique local du Dr R. B. Waite.
Somnoforme.
— Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214.47.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Adrénaline Clin. Clin et Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.
Ampoules MOREAU pour l'*Art dentaire* (*cocaïne, tropacocaïne,* etc.). Paris, 5, Rond-Point de Longchamp, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Société coopérative.
Formyl-Géranium.
Obtunda, insensibilisation de la dentine.
Renalia, adrenaline.
Xyléna. Liquide antiseptique.
— Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.

PROTHÈSE A FAÇON.

Blau, frères, 100, rue des Dames, PARIS.
Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). **TÉLÉPHONE 550.73.**
Charles Mille, 15, rue du Four, PARIS-6e.
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

REVUE ANALYTIQUE

ANESTHÉSIE

Ombredanne (L.), ***L'anesthésie générale dans les opérations pratiquées sur la face.*** (*Gaz. des Hôp.*, 22 septembre 1903.)

L'anesthésie par inhalation, seule employée chez l'homme, est obtenue par des procédés (masque, compresse, tampon ou éponge maintenus à l'extrémité d'une pince) qui tous gênent l'opérateur qui veut intervenir sur la face; ils présentent en outre l'inconvénient très grave de compromettre dans une large mesure l'asepsie de l'opération. D'où les recherches de différents auteurs et l'emploi de divers dispositifs corrigeant ces inconvénients. Parmi les appareils imaginés dans ce but, il faut signaler celui de Faure, celui de Crile, celui de Doyen et enfin la canule tampon de Trendelenburg.

Ombredanne fait la critique de ces divers dispositifs et nous présente, à son tour, un appareil qu'il emploie depuis plusieurs mois pour les opérations pratiquées sur la face : très simple, cet appareil se constitue de trois pièces : *a*) un générateur, récipient quelconque à une tubulure, à couvercle perforé d'un certain nombre d'orifices et mobile autour d'une charnière ; *b*) un tube, abouché à la tubulure du récipient, en caoutchouc maintenu rigide au moyen d'une spirale intérieure de fil de fer ; enfin *c*) un obturateur, la pièce essentielle, en caoutchouc mou, « lame plate et plane d'une épaisseur uniforme d'environ 3 mm., allongée, rétrécie en son milieu, à extrémités arrondies », au centre duquel est fixé un court tube métallique coudé à angle droit auquel viendra s'adapter le tube de caoutchouc. Le fonctionnement de cet appareil, en employant comme Ombredanne l'anesthésie à l'éther, est des plus simples : l'obturateur est introduit entre les gencives et les lèvres dès que le malade ■ été endormi au moyen du masque de Julliard. L'anesthésique est versé dans le récipient sur une éponge ; par le jeu du couvercle on règle à volonté la proportion d'éther dans l'air inspiré par le malade. *On a eu soin de tamponner les narines avec de la gaze stérilisée en même temps que l'on plaçait l'obturateur.* Le même appareil a été employé pour la chloroformisation, en prenant comme générateur un entonnoir de Trendelenburg. Les résultats ont été tout à fait satisfaisants. Ce dispositif a sur les autres procédés en usage l'avantage de laisser le champ libre à l'opérateur pour les interventions à pratiquer sur la face ailleurs que dans la cavité buccale, d'éloigner l'anesthésiste et par suite de diminuer les chances d'infection, l'obturateur pouvant et devant être stérilisé avant l'opération. Suivant nous, il est peut-être aveugle en ce sens qu'il est pour ainsi dire impossible de savoir la quantité d'anesthésique absorbée par le malade ; en outre le tamponnement préalable des fosses nasales, dans la chloroformisation surtout, ne pourraît-il être la cause de syncopes si souvent redoutables ?

Faivre, ***Erythème scarlatiniforme desquamatif cocaïnique.*** (*Gaz. des Hôp. de Toulouse*, 28 nov. 1903, p 377-378.)

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, qui, au lendemain d'une petite intervention sur un ganglion cervical pratiquée après une injection de 4 centigrammes de cocaïne, présenta un érythème généralisé scarlatiniforme, rouge vineux, avec température élevée et troubles digestifs marqués. Huit jours

plus tard, cet érythème avait disparu et la peau desquamait par larges lambeaux en même temps qu'il y avait chute des ongles et des cheveux. Notons que, dès l'injection de cocaïne, la malade avait donné des signes d'intolérance évidents et qui se prolongèrent pendant les heures suivantes : menace de syncope, vertiges persistants, céphalée intense, et. Tout en admettant la possibilité d'une dermatite consécutive à l'emploi d'une dose relativement considérable de cocaïne, nous nous demandons, vu l'ensemble du tableau clinique rapporté par l'observateur, et malgré l'absence d'angine, si l'auteur ne s'est pas trouvé en présence d'une scarlatine, avec coïncidence de troubles dus en effet à l'agent anesthésique.

Bourillet, ***Un accident dû à l'adrénaline.*** (*Centre médical,* 1er oct. 1903.)

Une application de 8 gouttes de solution d'adrénaline au millième (soit environ 4/10 de milligramme), sur une tumeur hémorroïdaire douloureuse, n'a amené chez le patient, âgé de 19 ans, aucune amélioration locale. En revanche, elle a provoqué des troubles alarmants au bout d'une heure : vertiges, puis syncope complète, plus tard céphalée intense dans la région occipitale, constriction des mâchoires, sentiment d'oppression, contraction des fléchisseurs des doigts, respiration irrégulière, nausées, troubles cérébraux. Ces accidents, qui ont duré environ trois quarts d'heure, semblent avoir été déterminés par l'action sur le système nerveux de l'adrénaline, chez un individu présentant une sensibilité toute particulière à l'action de ce médicament.

Rolland et **Robinson,** ***Des tensions sanguines sous l'action du somnoforme.*** (*British Dental Assoc.* 1902, *in La Défense,* oct. 1903.)

Les auteurs emploient depuis longtemps déjà le somnoforme qui leur a donné en clinique des résultats tout à fait satisfaisants. Des expériences physiologiques auxquelles ils se sont livrés il résulte que ce produit agit très énergiquement sur le grand sympathique et amène une élévation brusque et assez considérable de la tension artérielle en même temps qu'une contraction cardiaque plus forte. D'ailleurs voici des chiffres : à un malade dont le pouls est à 76, la respiration à 16, la pression sanguine à 13 1/2, on administre, au moyen d'une compresse pliée en cornet 5 cc. de somnoforme. L'anesthésie est obtenue en 17 secondes ; une minute après le pouls frappe 84, la respiration est à 28, la pression à 14 1/2. Au bout de 4 minutes, c'est-à-dire à la fin de l'anesthésie, le pouls est revenu à 76, la respiration à 20, mais la pression est montée à 17. Le malade se réveille dans ces conditions au bout de 4 minutes. Il n'est pas moins intéressant de poursuivre l'observation pendant les 20 minutes qui suivent le réveil. Le pouls se ralentit et tombe à 68 ; la pression suit la même marche et se retrouve à 12 1/2 dans une expérience, à 13 1/2 dans une autre. Enfin la respiration reste à 20 avec une apnée volontaire à la fin de l'expérience de 29″ 3/5. En résumé, il y a suractivité fonctionnelle notable, puis légère dépression ; il n'y a donc pas de modification sensible des fonctions cardiaques et pulmonaires : d'où sécurité absolue d'une anesthésie par le somnoforme ; telle est du moins la conclusion des auteurs.

Zélavanetz, ***Action de l'adrénaline sur l'organisme.*** (*Gaz. Méd. Russe,* 13, 1903.)

L'adrénaline agit sur l'organisme d'une façon inconstante ; son emploi, en injections sous-cutanées, nécessite de grandes précautions. A faibles doses, elle augmente les échanges gazeux ; à hautes doses, elle les diminue et produit un abaissement de la température. Elle n'agit pas sur les terminaisons périphériques, mais après une période d'excitation, paralyse les centres des vagues.

H.-CH. FOURNIER.

PATHOLOGIE BUCCO-DENTAIRE.

Auwers, ***Eruption tardive d'une***

canine supérieure. (*Ann. de l'Institut Chirurg. de Bruxelles,* 15 déc. 1903, p. 198.)

L'auteur rapporte l'histoire d'une malade de 43 ans, à laquelle il plaça un dentier complet après extraction des racines et dents cariées demeurant encore dans la bouche. Tout alla bien d'abord, mais au bout d'un mois environ, apparut, dans la moitié droite de la voûte palatine, à 1 centimètre du bord alvéolaire, une tuméfaction douloureuse, puis au milieu de cette tuméfaction un point blanc que la sonde révéla être une dent en anomalie de position. Quelques jours plus tard, après cocaïnisation, extraction très difficile d'une canine à grosse racine présentant une courbure en crochet à sa pointe. L'auteur suppose qu'un germe dentaire aura pu être réveillé et entrer en activité, par suite du travail provoqué par le traumatisme des extractions.

Mahé (G.), ***Traitement de la périodontite expulsive.*** (*Presse Méd.,* 12 août 1903, p. 576.)

Ce traitement sera d'abord préventif, c'est-à-dire, dans une bouche présentant, comme c'est le cas le plus général, tous les degrés de l'affection, s'adressera aux dents saines de façon à éviter leur contamination. Ce traitement préventif est de la première importance, car il n'existe pas de moyen certain de guérir l'affection une fois confirmée. La première indication du traitement curatif sera d'enlever le tartre qui recouvre le collet des dents, ce tartre agissant probablement comme cause septique, certainement comme obstacle à la séparation des tissus. Cette ablation du tartre « doit être faite soigneusement, minutieusement et complètement ». Cette opération découvre un clapier purulent entre la gencive décollée et la dent, clapier qu'il faut détruire. Pour cela, enlever la partie décollée de la gencive au bistouri, aux ciseaux (c'est la meilleure méthode), au thermocautère ou au galvanocautère, enfin au moyen de caustiques si les premiers modes ne sont pas acceptés. L'auteur emploie l'acide sulfurique monohydraté concurremment avec le nitrate acide de mercure, qui au bout de trois ou quatre jours amène la formation d'une escarre que l'on enlève facilement.

Des soins complémentaires seront nécessaires : pointes de feu, iode sous forme de collutoire, lavage au chlorure de zinc à 1/2 p. 100 et surtout une antisepsie buccale et une hygiène rigoureuse. En général et quelle que soit la valeur de ce traitement, on n'obtiendra guère qu'un arrêt dans la marche de l'affection ou un ralentissement considérable. Aussi quand les dents sont très ébranlées et qu'un traitement d'une semaine n'aura pas amené de résultat appréciable, devra-t-on extraire ces dents malades pour préserver les articulations voisines.

Creutz, ***Nécrose syphilitique du maxillaire inférieur.*** (*Journal des Praticiens,* 24 oct. 1903.)

Il s'agit d'une saharienne de 23 ans, qui accuse de violentes douleurs dans les membres et dans le maxillaire inférieur, empêchant tout sommeil depuis un mois. La mâchoire inférieure a perdu toutes ses incisives, ses canines et sa première prémolaire droite. L'os est dénudé en arrière sur toute la hauteur ; en avant la dénudation atteint 1 centimètre. Les alvéoles vides sont remplis de pus, l'os apparaît noirâtre ; les prémolaires 2e droite et 1re gauche, sont ébranlées ; l'haleine est fétide. Le reste de la bouche est sain ; les dents du maxillaire supérieur et celles qui demeurent sur le maxillaire inférieur sont blanches et non malades. La palpation permet de constater que les deux branches horizontales sont augmentées de volume. Il y a anesthésie de la lèvre inférieure. Le diagnostic, non douteux par suite des antécédents de la malade, a permis d'établir le traitement spécifique purement symptomatique d'ailleurs, contre les atroces douleurs dont souffrait la patiente depuis plus d'un mois.

Coulhon (P.), ***Etude clinique sur la ranule pétrifiée*** (grenouillette calculeuse). (*Gaz. des Hôp.,* 5 mars 1903.)

Les calculs de la glande sous-maxil-

laire ont été longtemps confondus avec la grenouillette et désignés sous le nom de ranule pétrifiée. Siégeant soit dans le corps de la glande, soit à l'orifice de son conduit excréteur, soit, le plus fréquemment, sur le trajet même du canal de Wharton, ils donnent lieu à des symptômes très divers et leur tableau clinique peut en dernière analyse, revêtir quatre formes : 1° *Forme ordinaire*, où le calcul se développe en ne provoquant qu'une simple sensation de gêne accentuée au moment des repas, pouvant, sous certaines influences, donner naissance à de véritables coliques salivaires de courte durée, plus ou moins répétées; puis le calcul, continuant à augmenter de volume, finit par faire en quelque sorte éclater le canal de Wharton et par s'éliminer en tombant dans la bouche après six ou huit jours de douleurs et de troubles fonctionnels marqués; 2° *forme latente*; ici pas de symptômes; c'est inopinément que le malade constate dans sa cavité buccale la présence d'un corps étranger qu'il prend pour un débris dentaire ou osseux; 3° *forme inflammatoire*, le calcul donne lieu à des symptômes inflammatoires aigus : douleur intense, tuméfaction, rougeur du plancher buccal, troubles de déglutition, de phonation, avec ou sans constriction des mâchoires ; tous ces phénomènes disparaissent, en même temps que le calcul est expulsé ; 4° *forme pseudonéoplasique*, imitant à s'y méprendre le cancer, tumeur fongueuse, saignante, avec irritation des tissus voisins. L'auteur rapporte quatre observations caractérisant cliniquement les formes ci-dessus : dans un de ces cas seulement, l'intervention put être pratiquée et fit cesser tout de suite les accidents. Le poids des calculs variait de 5 gr. 50 à 0 gr. 13. L'affection s'est terminée dans tous les cas par la guérison. Le pronostic de cette maladie, rare avant la vingtième année, est donc bénin ; le diagnostic en sera facile, si l'on trouve le corps étranger et si l'on peut l'examiner sur place ; il est difficile ou même impossible dans certains cas; quand il aura été posé d'une façon certaine, on devra, par une incision pratiquée sur le trajet du canal, débarrasser le malade du calcul et lui éviter ainsi les accidents inflammatoires aigus qui peuvent survenir à une période quelconque de l'évolution de cette affection.

Claude (H.) et **Bloch (P.)**, ***Sténonite à bacilles de Koch au cours d'une tuberculose pulmonaire.*** (*Gaz. des Hôp.*, 12 mars 1903).

Chez une malade présentant des lésions avancées de tuberculose pulmonaire, apparaît au niveau de la joue droite une petite grosseur qui a évolué silencieusement jusqu'au moment où elle a atteint le volume d'une noisette. Cette tumeur siège au niveau de la deuxième molaire supérieure ; elle est incluse dans l'épaisseur même de la joue, rénitente ; la pression, exercée de dehors en dedans provoque de la douleur et fait apparaître une gouttelette de pus à l'orifice du canal de Sténon. Pas de troubles fonctionnels ; pas d'adénopathie. Quelques jours plus tard, la tumeur devient fluctuante, la peau de la joue rougit ; incision par la bouche, écoulement d'un pus verdâtre, épais, ne renfermant ni grumeaux, ni calculs. Une nodosité fibreuse fait place à la grosseur primitive. Le pus observé ne contient pas de bacilles de Koch, et les cultures sont négatives ; mais, inoculé au cobaye, il donne naissance à une collection renfermant des colonies, tandis que l'animal se tuberculise. Donc, et bien que l'on n'ait pu faire l'examen histologique de la tumeur, il est vraisemblable que les auteurs ont eu affaire à une sténonite bacillaire, secondaire à une tuberculose pulmonaire avancée, ayant évolué sournoisement comme un abcès froid. Les cas de tuberculose salivaire sont d'une extrême rareté; les auteurs en ont relevé six cas dans la littérature médicale.

Hoche et **Gros**, ***Tumeur mixte du voile du palais.*** (*Rev. Méd. de l'Est* et *Gaz. des Hôp. de Toulouse*, 12 déc. 1903.)

Les auteurs ont présenté à la So-

ciété de médecine de Nancy, une tumeur du volume d'une mandarine, extraite de la cavité buccale d'une malade âgée de 25 ans. Cette tumeur siégeait sur la voûte palatine, principalement à droite mais débordant la ligne médiane. Indolore, dure, fixe, non mobilisable, elle était intimement appliquée à droite contre le rebord alvéolaire supérieur ; toutes les dents de l'arcade supérieure droite étaient absentes sauf les deux incisives. Elle provoquait des troubles fonctionnels marqués (déglutition, mastication, phonation). L'énucléation en fut facile après extraction des racines dentaires encore en place ; la guérison et la cicatrisation furent obtenues rapidement. L'examen histologique montra que l'on était en présence d'un *sarcome endopérithélial à trame myxochondrofibromateuse.*

H. Ch. Fournier.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie.* **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

Cabinets offerts.

1 *A céder* **CABINET** faisant 20.000 francs, *susceptibles d'augmentation*, pour 15.000 francs dont 10.000 francs comptant, avec salon et cabinet; *installation moderne.* — Ecrire *par poste* aux initiales H. D. C., aux soins de l'administration du journal.
(130-3)

2 *Quartier Opéra.* — **A céder CABINET DENTAIRE très important,** *clientèle aristocratique*, installation moderne, chiffre d'affaires 60.000 francs. — *Bonnes conditions* pour reprise *immédiate.* — Ecrire *par poste* aux initiales C. G. K., aux soins de l'administration du journal.
(132-3)

3 **Paris.** *Cause de maladie*, on désire **céder CABINET DENTAIRE** avec *très belle installation*, dans quartier Saint-Lazare. Affaires 20.000 francs. — S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e arr.).
(133-3)

4 *PRESSÉ. — Excellent cabinet dentaire à céder*, pour *cause mariage*, dans ville *très importante* à 3 heures de Paris, région riche, sans concurrence. — Loyer 900 francs, chiffre d'affaires 16 à 18.000 francs, livres en mains. — *Clientèle facile.* — Prix demandé 10.000 francs. — Ecrire *par poste* aux initiales J. A. E. G., aux soins de l'administration du journal. (134-3)

5 *URGENT. Dans une Ville de l'Est*, à *céder*, *APRÈS DÉCÈS, cabinet dentaire;* chiffre d'affaires *(susceptibles d'augmentation)* 22.000 francs par an. *Clientèle très fidèle.* — Prix à débattre. — Ecrire *par poste* aux initiales C. R. D., aux soins de M. Papot, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris.
(1-2)

6 **A céder** dans *jolie sous-préfecture* du **Midi** 15.000 habitants, **CABINET DENTAIRE** *installé depuis un an.* Chiffre fait 7.000 fr., qui augmentera *très vite.* On ne vendrait que pour le prix de l'installation. — Ecrire *par poste* aux initiales M. B. 1904, aux soins de l'administration du journal.
(2-2)

7 **TRÈS PRESSÉ. — Cabinet dentaire,** *quartier Manceau*, chiffre d'affaires 12.000 fr. **A VENDRE** avec ou sans l'installation.— Ecrire *par poste* V. E. B. L. aux soins de l'administration du journal.
(3-2)

8 *Paris, QUARTIER OPÉRA, cabinet ancien, très sérieux ;* — rapport actuel 40.000, — à céder pour 15.000 francs comptant avec *toute installation et mobilier.* — Le titulaire actuel resterait *associé* pendant deux ans. — S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e arr.). (8-1)

9 **URGENT. A céder** pour 4.000 francs **CABINET DENTAIRE,** situé en *plein centre de Paris*, fondé depuis un an et ayant fait 7.000 francs pendant cette première année. — S'adresser à M. Delile, 24, rue Château-Landon, à Paris.
(9-1)

10 **A CÉDER petit Cabinet** dans une Ville de 8.000 habitants de la *banlieue de Paris*, 180 francs Loyer et Contributions, rapportant pour 1 ou 2 fois par semaine, 3 à 4.000 francs, *susceptibles d'augmentation.* — A céder 2.500 francs dont 1.500 comptant. — Ecrire *par poste* aux initiales A. G. C. R. aux soins de l'administration du journal. (10-1)

11 *Pour cause de santé, BON CABINET* à *CÉDER* dans *grande ville de l'Ouest* (*Affaire exceptionnelle*). — Ecrire *par poste* aux initiales B. V., aux soins de l'administration du journal.
(14-1)

Cabinets offerts.

12 Un **diplômé de la Faculté de Médecine de Paris** et D. D. S. de **Chicago** désire **ACHETER** un **CABINET.** — Ecrire *par poste* aux initiales A. R. aux soins de l'administration du journal.
(12-1)

(Voir la suite page 112)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

QUESTIONS POSÉES AUX EXAMENS DE CHIRURGIENS-DENTISTES

Deuxième examen.

M. Auvray.

Dites-moi ce que vous savez sur la syphilis en général. Accidents primaires, secondaires, tertiaires. — Inoculabilité. — Quelles sont les lésions que la syphilis peut déterminer du côté des dents ? — Dent d'Hutchinson ?

Qu'est-ce que la kératite interstitielle ?

Quel est le traitement de la syphilis ?

Qu'est-ce que le rachitisme ? — Ses effets sur le squelette ? — Que savez-vous sur le diabète ? — Quels sont ses effets sur les dents ?

Quelles sont les causes de la carie dentaire ?

Qu'est-ce que le muguet ? — Quelles sont les formes que peut affecter le champignon du muguet ? — Traitement du muguet.

Quelles sont les stomatites que vous connaissez ? — Parlez-moi de la stomatite ulcéro-membraneuse. — Dites ce que vous savez sur les stomatites en général. — Leurs causes. — Parlez-moi de la stomatite mercurielle.

Quelles sont les affections des gencives que l'on peut observer chez les gens qui manient le plomb ?

Quelles sont les causes de la chute des dents sans carie ?

Traitement des fissures congénitales du voile du palais ?

Effets de la syphilis héréditaire sur la dentition :

Qu'est-ce que la triade d'Hutchinson ? — Est-ce que la dent d'Hutchinson n'existe que dans la syphilis héréditaire ?

Déformations du maxillaire dues au rachitisme.

Végétations adénoïdes, leurs effets sur le développement des maxillaires.

M. Bezançon.

Stomatite mercurielle.

Qu'est-ce que le diabète ? — Quels en sont les symptômes ?

Qu'est-ce que le muguet ? — Quelles en sont les causes ?

Plaques muqueuses de la langue. Perforations du voile du palais.

Leucoplasie buccale. — Quelles en sont les complications ?

Accidents tertiaires de la syphilis. — Gommes. — Accidents buccaux de la syphilis.

Angine.

Etat de la bouche et de la langue chez un diabétique.

M. Chantemesse.

Qu'est-ce qu'une tumeur ? — Qu'est-ce qu'une épulis ?

Qu'est-ce que l'inflammation et son traitement ? — Qu'est-ce que la dégénérescence graisseuse ?

Qu'est-ce que la nécrose par décoagulation ? — Qu'est-ce que la sclérose ? Par quoi est-elle formée ?

Qu'est-ce que le diabète ?

Du traitement des plaies quelconques. — A quoi reconnaître une plaie infectée ?

De l'urémie.

Des caractères de l'albuminurie chronique ?

Qu'est-ce que la maladie de Werlhof ?

De l'hémophilie au point de vue dentaire.

Qu'est-ce que le purpura ?

De la pneumonie et son traitement.

Que trouve-t-on dans la salive ?

De quoi sont formées les amygdales et à quoi servent-elles ? De la diphtérie ?

Dégénérescence glycogénique.

M. Chassevant.

Qu'est-ce que le chloroforme ? Action, usages, doses.

Comment employez-vous le protoxyde d'azote ?

Comment employez-vous le froid en anesthésie ?

Que savez-vous sur l'oxyde de zinc ? — Ses usages. — Comment faites-vous le ciment ? — Quand l'emploie-t-on ?

Les matières obturatrices. — Leurs avantages. — Leurs inconvénients.

Bromure d'éthyle.

Est-ce que le dentiste emploie l'iodoforme ? — Dans quels cas ? — Qu'est-ce que l'iodoforme ? — Est-ce bon en art dentaire ?

Comment employez-vous l'acide sulfurique dans les dents à pulpe morte ?

Qu'est-ce que l'acide arsénieux ? — Son emploi.

Qu'est-ce que l'eau oxygénée ? — Comment la formule-t-on ? — Comment vérifier l'eau oxygénée pour savoir si elle est au nombre de volumes prescrit ? — Action. — Emploi.

Antipyrine. — Qu'est-ce qu'on y ajoute quelquefois pour la renforcer ? — (L'adrénaline a été mentionnée en passant.)

La cocaïne. — Comment formulez-vous une solution de chlorhydrate de cocaïne ? — Doses, usages. — Quelle sorte d'aiguille employez-vous pour faire l'injection ? — Combien de temps faut-il attendre pour obtenir l'anesthésie ? — La cocaïne appliquée sur la gencive donne-t-elle une anesthésie suffisante pour une extraction ? — Et le gaïacol ?

Quels sont les réfrigérants employés ?

Qu'est-ce que le chlorate de potasse ?

Donnez-moi une formule de dentifrice recommandable.

Peut-on faire l'antisepsie de la bouche et la garder aseptique ?

Qu'est-ce que le chloroforme ? — Ses propriétés. — Peut-on le donner seul ? — Quels accidents peut-il produire ?

Quelles qualités doit avoir le chloroforme anesthésique ? — Comment reconnaîtrez-vous si le chloroforme est pur ou non ?

Qu'est-ce que l'acide arsénieux ? — Emploi. — Solubilité.

M. Chauffard.

Manifestations de la syphilis dans la bouche. — Angine de Vincent. — Diphtérie.

Qu'est-ce qui expose le plus à l'intoxication mercurielle ? — Traitement de la stomatite mercurielle.

Peut-on associer le borax à l'acide borique ?

Quel est le siège de l'actinomycose dans la bouche ? Qu'est-ce qui permet de faire le diagnostic de l'actinomycose ? — Comment appelle-t-on le champignon de l'actinomycose ? (Champignon radié)

Qui est-ce qui a décrit le premier l'os intermaxillaire ?

Comment fait-on la staphylorraphie ? — Traitement des becs-de-lièvre.

Etat de la bouche chez les diabétiques. — Pourquoi la bouche est-elle sèche chez les diabétiques ? — Comment est la langue chez les diabétiques ? — Quelle est l'odeur de l'haleine chez les diabétiques ? — Comment se produit chez les diabétiques la gingivite expulsive ? — Y a-t-il des maladies qui donnent le même état de la bouche que le diabète ? — Comment traiter ces maladies ?

Troubles de la bouche causés par le saturnisme ?

Comment appelle-t-on la couche profonde de l'épiderme gingival ?

Leucoplasie buccale.

M. Letulle.

Quelles sont les causes des perforations de la voûte palatine ?

Qu'est-ce que le diabète ? — Analyse des urines. — Sucre, albumine. — Comment est la bouche des albuminuriques ?

Tumeurs de la langue. — Microbes de la bouche.

Dans quelle maladie y a-t-il absence de salive ? — Qu'est-ce que le ptyalisme ?

Qu'est-ce que le muguet ? — Que rencontre-t-on dans la salive ?

Tuberculose buccale.

M. Desgrez.

Parlez-moi des anesthésiques.

Est-ce que le chloroforme peut-être impur ?

Qu'est-ce que le chloral ? — Y a-t-il une différence avec le chloroforme ? — Est-il soluble dans l'eau ? — Est-ce un antiseptique ? — Quel inconvénient peut-il présenter comme antiseptique ? — Formulez une solution de chloral. — Comme hypnotique a-t-il des inconvénients ?

Qu'est-ce que le sublimé ? — Est-il soluble dans l'eau ? — Qu'est-ce que la liqueur de Van Swieten ? — Qu'est-ce que la liqueur de Fowler ?

Qu'est-ce que le mercure ? — Quels inconvénients peut-il présenter ?

Qu'est-ce que la stomatite mercurielle ?

Qu'est-ce que la cocaïne ? — Ses doses.

Qu'est-ce que la quinine ? — Quelles sont les doses dans les fièvres paludéennes ?

Quelle différence y a-t-il entre le chlorhydrate et le sulfate de quinine ? — Qu'est-ce que le quinquina contient, outre la quinine ?

Est-ce que l'acide phénique est toxique ?

Formulez une poudre dentifrice. — Quelle doit être la réaction d'une poudre dentifrice ?

Qu'est-ce que le thymol? — Parlez des antiseptiques.

Quels sont les inconvénients du sublimé ? — A quelle dose est-il toxique ?

Emplois divers du phénol ?

Formulez un collutoire.

Quelles sont les différentes façons d'administrer le mercure ? — Différentes compositions arsénicales ?

Parlez du chloroforme ; son action physiologique.

Quels sont les sels de fer? — A quoi sert le carbonate de magnésie ?

Quelle est la réaction normale de la salive ?

Qu'est-ce que l'iode ? — Emploi du soufre et des sulfures.

Qu'est-ce qu'un anesthésique ? — Qu'est-ce que l'antipyrine ?

Parlez des hémostatiques.— Qu'est-ce que l'adrénaline ?

Différence entre le laudanum de Rousseau et celui de Sydenham.

M. Dupré.

Qu'est-ce que le noma ? — Qu'est-ce que le muguet ?

Lésions produites par le diabète.

Amygdalite phlegmoneuse. — Qu'est-ce que la fièvre ?

Quelles sont les infections dentaires pouvant donner lieu à la fièvre ?

Glossites.

Syphilis linguale.

Différenciation entre une gomme et un épithélioma ulcéré et une ulcération linguale causée par un chicot.

Sinusites (symptômes).

Paralysie du voile du palais.

Nécrose phosphorée.

Saturnisme (signes dentaires).

Connaissez-vous l'angine de Vincent ?

Stomatite ulcéro-membraneuse.

Diphtérie, ses localisations, traitement. — Croup.

Appendicite. — Les oreillons. — Aphtes. — Acromégalie.

Dans quelles maladies trouve-t-on de l'albumine ? — L'albumine est-elle un corps quaternaire ?

Erysipèle de la face, son caractère d'adénopathie, son traitement.

Blennorrhagie. — Est-ce qu'on a vu des cas de blennorrhagie buccale ?

Comment distingue-t-on la présence de sang dans l'urine ?

Perforation de la voûte palatine.

Tuberculose. — Forme du bacille de Koch. — Comment le colorer ?

Qu'est-ce que le diabète ? — Par quoi se caractérise-t-il ? — Qu'est-ce qu'un tubercule ? — Quels sont les symptômes du diabète ? — Combien y a-t-il de sucre dans un diabète, petit, moyen, fort ?

Qu'est-ce que l'arthritisme ?

Qu'est-ce que la variole ? — Période d'incubation.

Quelles sont les périodes chronologiques des fièvres éruptives ?

Qu'est-ce qu'un aphte ? — Comment se caractérise cette affection au début ? — Causes des aphtes. — Contagion de la maladie aphteuse.

Dent d'Hutchinson. — Développer la triade d'Hutchinson.

Trijumeau. — Sinus maxillaire.

Symptômes du cancer des fumeurs ou cancroïde labial. — Comment le reconnaît-on ?

Comment distinguer un épithélioma buccal d'une gomme ?

Quels sont les accidents graves de la dent de sagesse ?

Actinomycose.

Qu'est-ce qu'un oreillon ? — Comment le reconnaître ? — Est-il unilatéral ou bilatéral ? — Quelles en sont les complications ? — Suppure-t-il ?

Quels sont les meilleurs hémostatiques ?

Comment appelle-t-on les manifestations externes des maladies éruptives ?

Troubles gastro-intestinaux de la première enfance. — A quoi est due la diarrhée des enfants ? — A quoi est due sa couleur ?

Symptômes de la méningite tuberculeuse ?

Qu'est-ce que le trismus ? — Comment le distingue-t-on ?

Rachitisme. — Quels en sont les symptômes ? — Comment désigne-t-on la lésion des rachitiques au niveau des côtes ?

Qu'est-ce que l'ostéo-myélite ? — Dans quels os les observe-t-on ? — Y a-t-il de la fièvre dans l'ostéo-myélite ?

Dans quels organes observe-t-on de la nécrose ?

Dans quel état trouve-t-on la bouche des saturnins ?

M. Gaucher.

A quoi peut-on reconnaître qu'un individu a une maladie de cœur ? — Quelles sont ces maladies ? — Comment est le pouls chez les cardiaques ? — Comment sont les jambes de certains cardiaques ?

Qu'est-ce que l'artério-sclérose ?

Comment reconnait-on l'albumine dans les urines ? — Comment reconnaît-on le sucre ?

Qu'est-ce que la stomatite mercurielle ? — Symptômes cliniques de la stomatite mercurielle ?

Qu'est-ce que le muguet ? — Symptômes.

Caractère des plaques muqueuses. — Que doit faire le dentiste en présence d'un individu porteur de plaques muqueuses ?

La syphilis a-t-elle une action sur les dents ? — Le mercure a-t-il une action sur les dents ?

Qu'est-ce que le rachitisme ?

Qu'est-ce que la dent d'Hutchinson ?

M. Gouge.

Muguet. — A quel âge vient-il ? — Traitement.

Epithélium de Malassez.

Qu'est-ce qu'un kyste dentigère ? — Quels en sont les symptômes ?

Complications des sinusites du côté de la face, au cours de lésions dentaires. — Complications de caries dentaires.

Qu'est-ce que la périostite ?

Qu'est-ce qu'un phlegmon? — Phlegmon du plancher de la bouche.

Accidents de la dent de sagesse.

Complications du 4e degré.

Qu'est-ce qui différencie, au point de vue clinique, la périostite d'un adéno-phlegmon dans le maxillaire inférieur ?

Grenouillette. — Caractères de la grenouillette chronique.

M. Gilbert.

Les grands anesthésiques. — Quelle est la dose maxima de la cocaïne en injections?

Qu'est-ce que le gaïacol ?

Parlez-moi des anesthésiques réfrigérants.

Quels sont les avantages et les inconvénients du chloroforme?

Emploi de l'acide borique en art dentaire.

Emploi du nitrate d'argent en art dentaire.

Qu'est-ce que le perchlorure de fer? — Faut-il l'employer dans les hémorragies ?

Quels sont les hémostatiques en art dentaire?

Quels médicaments employez-vous sur la pulpe ?

Qu'appelle-t-on collutoire ? — Collyre.

Comment prescrire une solution d'acide phénique ? — De sublimé ?

Employez-vous le chlorate de potasse comme spécifique dolorifuge ? — Est-il dangereux ? — Quels sont les effets du chlorate de potasse sur le sang?

Quel est le traitement du muguet?

Particularités des sources de Vichy.

Formuler un collutoire au borate de soude.

Bromure d'éthyle. — Avantages et inconvénients.

Quelle différence y a-t-il entre un mort et un chloroformé ?

Avantages et inconvénients du protoxyde d'azote.

Teinture d'iode. — Taux de solubilité.

Emploi de la cocaïne en art dentaire.

Principe actif de la cocaïne. — Loi ayant rapport à l'administration et à la quantité de cocaïne pour l'anesthésie en général. — Action de la cocaïne. — Ses succédanés.

Qu'est-ce que l'eucaïne ?

Quel anesthésique général emploierez-vous dans votre cabinet ?

Qu'est-ce que l'éther anesthésique ?

Différence entre l'éther et le chloroforme. — Différence d'action entre le bromure d'éthyle et le chloroforme ? — Pourquoi ne peut-on pas se servir de bromure d'éthyle pour faire de longues opérations ?

Accidents de la grande anesthésie.

Acide borique en thérapeutique. — Son emploi.

Qu'est-ce qu'un caustique? — La classification des caustiques.

Quelle est la composition de la liqueur de Van Swieten ? — Quel est le taux de solubilité du sublimé?

Qu'est-ce qu'un antiseptique? — Comment divise-t-on les antiseptiques?

Comment formulerez-vous une prescription ?

Pourquoi le nitrate d'argent appliqué sur la muqueuse de la bouche donne-t-il une tache blanche et pourquoi donne-t-il une tache noire sur la peau ?

Qu'est-ce qu'un astringent ?

Quel est le coefficient de solubilité du chlorate de potasse ? — Quel est le plus toxique : le chlorate de potasse ou la soude ? — Qu'est-ce que vous savez du chlorate de potasse ? — Sa couleur.

La créosote. — Son emploi en art dentaire.

Le chloral. — Son action.

Acide arsénieux. — Pourquoi le choix de ce caustique pour détruire la pulpe ? — La quantité employée.

Acide chromique.

Que faites-vous pour neutraliser l'action du nitrate d'argent ?

Peut-on combiner l'emploi des anesthésiques ? — Exemple.

Qu'est-ce qu'une préparation officinale ?

Permanganate de potasse.

Biiodure de mercure.

Bichlorure de mercure.

M. Landouzy.

Nos droits et nos devoirs dans l'emploi des anesthésiques. — A quoi s'aperçoit-on que l'anesthésie ne va pas ?

Procédés en matière de cocaïne. — Où faire l'injection ? — Accidents cocaïniques.

Contre-indications pour le chloroforme.

Choix d'un anesthésique pour une opération douloureuse.

Comment se présente un protoxyde ?

Avantages du quart d'heure post-opératoire, chloroformique, protoxydique. — Principes mécaniques du davier comparables à la clé de Garengeot.

A quoi reconnaître à l'examen buccal qu'un individu est diabétique ? — Quoi de particulier dans l'haleine d'un diabétique ?

Réduction des fractures de la mâchoire inférieure.

Plaques muqueuses. — Actinomycose linguale. — Psoriasis lingual ou buccal. — Accidents de la dentition.

Stomatite mercurielle.

Accidents de la dent de sagesse.

Angines. — Angines diphtériques.

Ulcérations linguales.

Stomatite crémeuse. — Différence entre la diphtérie et la stomatite crémeuse.

Le protoxyde d'azote. — Comment le donne-t-on ? — Est-il employé en art dentaire ?

Quels sont les accidents de la cocaïne ? — Quels sont les accidents du chloroforme ?

Asepsie buccale. — Peut-on la conserver ?

Plaques muqueuses des joues. — Sous quel aspect se présentent-elles ?

Comment doit se faire la respiration artificielle ?

Luxations du maxillaire inférieur.

Quel est le meilleur antiseptique pour la bouche ?

Quels sont les inconvénients du chloral ?

Parlez-moi des glossites.

Quels sont les accidents de la dent de sagesse ?

Que pensez-vous du bromure d'éthyle ? — Est-ce un bon anesthésique ? — Comment s'emploie-t-il ?

Gomme de la langue.

M. de Lapersonne.

Gingivite expulsive. — Cocaïne. — Hémorragie artérielle. — Névralgie faciale? — Carotide externe. — Ses branches. — Épulis. — Sinus maxillaire au point de vue pathologique dentaire. — Kystes dentaires. — Accidents de la dent de sagesse. — Luxations et fractures du maxillaire inférieur. — Périostite. — Stomatite mercurielle. — Chlorate de potasse.

M. Launois.

Parlez-moi de la diphtérie. — Angine diphtérique.

Connaissez-vous d'autres affections avec des plaques à fausses membranes ?

Dans quelles conditions la bouche doit-elle être pour favoriser l'éclosion du muguet ?

Dans les glandes salivaires peut-on trouver des calculs ? — Ulcérations tuberculeuses de la langue.

Rougeole.

Diabète. — Y en a-t-il plusieurs?

Scorbut.

Maladies éruptives.

Différentes indications.

Qu'est-ce que la stomatite ulcéro-membraneuse ? — Aphteuse ? — Citez-moi d'autres stomatites similaires de l'ulcéro-membraneuse ?

Qu'est-ce que la stomatite mercurielle ? — Quel en est le traitement ? — Quelles précautions devez-vous prendre avant le traitement ? — Que ferez-vous dans un cas de stomatite mercurielle ? — Comment reconnaître un individu diabétique ? — A quoi est due l'odeur de la bouche chez les diabétiques ? — Action de la salive.

Gingivite expulsive. — Dans quelles maladies la trouve-t-on ?

Noma.

Muguet. — Son traitement.

Oreillons (microbe de Capitan).

Liqueur de Fehling.

Parotidite suppurée.

Insuffisance aortique.

Actinomycose.

Quels sont les caractères du chancre syphilitique de la lèvre ? — Plaques muqueuses.

Qu'est-ce que la syncope ? — La lipothymie ?

Traitement en cas de syncope.

Grenouillette.

Réactions de la salive.
Du sang. De l'urine. Du suc gastrique. De la sueur.
Labianite tertiaire.
Accidents de la dent de sagesse.

M. Legueu.

Grenouillette.
Phlegmon du plancher de la bouche. — A quoi le reconnaît-on? — Ses microbes.
Angine de Ludwig.
Ankylose des mâchoires. — Causes qui peuvent la produire. — Constriction des mâchoires?
Que donne la radiographie dans les lésions dentaires? — Est-ce que les dents sont transparentes?
Rétrécissement de l'œsophage. — Abcès rétro-pharyngien. — Où se trouvent les ganglions du pharynx? — Qu'est-ce qu'un adéno-phlegmon?
Fistule dentaire. — Comment en faire le diagnostic?
Variétés de fractures de la mâchoire inférieure.
Quelles sont les différences entre la ligature et la suture osseuse?
Que se passe-t-il dans l'oreille au cours de ces fractures?
Que signifie un écoulement de sang par l'oreille?
Quelles sont les différentes maladies qui peuvent y donner lieu?
Fractures du crâne? — Leurs variétés.
Fractures du rocher. — Qu'est-ce que le rocher? — Quels sont les signes de la fracture du rocher?
Qu'est-ce que l'arthrectomie? — Amygdalite phlegmoneuse.
Qu'est-ce que la fluctuation?
Comment reconnaître un phlegmon amygdalien? — A quoi reconnaît-on que le pus est collecté? — Où faut-il inciser?
Actinomycose de la mâchoire. — Qu'est-ce qui la produit? — Où peut exister l'actinomycose dans l'économie? — A quoi d'une façon générale peut-on reconnaître une actinomycose? — Traitement de l'actinomycose.
Bec-de-lièvre compliqué. — Combien y a-t-il de fragments? — Comment se développe la mâchoire supérieure?
Tumeur de la voûte palatine. — Quelles sont les plus fréquentes?
Syphilis linguale. — Plaques muqueuses de la langue. — Leurs caractères. — Manifestations de la syphilis secondaire. — Comment se caractérise la syphilis tertiaire sur la langue?
Comment est faite la glossite scléreuse?
Quelles sont les différences entre une gomme et un cancer de la langue?
Macroglossie congénitale.
Qu'entend-on par fistule congénitale du cou?
Qu'est-ce qu'un kyste dermoïde? — De quoi se compose le derme? — Qu'est-ce qu'on trouve dans un kyste dermoïde? — Comment est la sérosité? — Où se produisent les kystes dermoïdes médians?
Qu'est-ce qu'il y a de particulier dans le bec-de-lièvre?
Qu'est-ce que les oreillons? — Accidents de la dent de sagesse.

Luxations de la mâchoire. — Se réduisent-elles ? — Variétés de fractures de la mâchoire supérieure ? — Qu'est-ce qu'une fracture compliquée ? — Qu'est-ce qu'une fracture ouverte ? — Quels en sont les types ?

Sinusites maxillaire. — Comment se caractérise un abcès du sinus ? — Comment se trépane le sinus ? — Combien de temps doit rester le drainage ?

M. Quenu.

Angine de Ludwig. — Accidents de la dent de sagesse. — Abcès du sinus. — Tétanos. — Diabète. — Chancre induré de la lèvre.

M. Renon.

Fièvre typhoïde. — Mode de contagion. — Quelles en sont les lésions ? — Complications ; traitement.

Diabète. — Phénomènes dans la bouche. — Complication du diabète sucré.

Saturnisme. — Ses complications.

Tuberculose pulmonaire, aiguë et chronique.

Rougeole. — Ses caractères. — Période d'incubation. — Où siège la rougeur ?

Hématurie. — Mal de Bright. — Urémie.

Rhumatisme. — Ses complications. — Goutte. — Muguet.

M. Richaud.

Protoxyde d'azote.

Acide chromique.

Cocaïne.

Acide benzoïque.

Phosphore et accidents.

Acide arsénieux.

Chloroforme.

Anesthésiques locaux. —Mécanisme de l'anesthésie. — Analgésiques. — Accidents de l'anesthésie.

M. Roger.

Quels sont les accidents consécutifs à l'évolution de la dent de sagesse ?

Stomatite ulcéro-membraneuse. — Symptômes.

Fièvre aphteuse. — Antisepsie. — Lavages spécifiques de la fièvre aphteuse.

Parasite du muguet. — Traitement.

Avec quoi peut-on confondre la fluxion dentaire ?

Où siègent les abcès dentaires ? — Traitement.

Qu'est-ce que l'érysipèle ?

Microbes de la bouche. -- Parasites buccaux.

Examen au microscope du pus et des crachats.

Fistules dentaires. — Topiques.

Epulis.

Classification des stomatites. — Développement de la stomatite mer-

curielle. — Symptômes. — Traitement. — A quelle dose donne-t-on le chlorure de chaux ?

Diverses solutions pour les lavages antiseptiques de la bouche.

Pansements pour plaies chirurgicales. — Solution de thymol.

Périostite alvéolo-dentaire.

Maladies générales qui déterminent les lésions dentaires.

Maladies infectieuses chroniques.

Syphilis.

Aspect extérieur d'un enfant rachitique.

Erosion. — Diverses formes.

Acidité de la bouche.

Luxation de la mâchoire inférieure. — Traitement. — Antisepsie de l'opérateur.

M. Sébileau.

Abcès froid rétro-pharyngien. — Causes. — Symptômes.

Parlez-moi de la suppuration du sinus maxillaire. — Symptômes.

Parlez-moi de la stomatite mercurielle.

Qu'est-ce que le mal de Pott ? — Qu'est-ce que les grenouillettes ? — Qu'est-ce que l'épithélioma ou cancer ? — Quels sont les symptômes du cancer de la langue ? — Quels sont les symptômes des amygdalites phlegmoneuses ?

Quelles sont les différentes maladies où l'on trouve des ulcérations de la langue ? — Quelles en sont les causes ?

Qu'est-ce que l'angine de Ludwig ? — Complications.

Accidents syphilitiques de la bouche.

Fractures de la mâchoire inférieure.

Qu'est-ce que l'adénite sous-maxillaire et dans quelle maladie se trouve-t-elle ?

Quels sont les dangers d'un furoncle de la lèvre ? — Angine de Vincent.

Symptômes de la paralysie du voile du palais.

Bec-de-lièvre. — Différents becs-de-lièvre. — Au point de vue dentaire où sont situées les fissures ?

Luxation temporo-maxillaire.

M. Thierry.

Qu'est-ce que l'érysipèle ? — Quel en est le mode de contagion ? — Peut-il se propager à l'intérieur ?

Qu'est-ce qu'une épulis ?

Qu'est-ce qu'un sarcome ?

Diagnostic différentiel d'un ulcère simple et d'un ulcère cancéreux. — Diagnostic différentiel d'un ulcère tuberculeux, d'un ulcère syphilitique. — Quel est le traitement de l'ulcère simple ?

Y a-t-il des retentissements sur l'oreille lors d'une tumeur linguale ?

Durée du cancer.

Parlez de la grenouillette. — Parlez de l'adéno-phlegmon sous-maxillaire. — Au bout de combien de jours peut-on inciser un adéno-phlegmon ? — Peut-on mourir d'un adéno-phlegmon ?

Qu'est-ce que la pyohémie, la septicémie ?

Accidents d'avulsion d'une dent.

Dites ce que vous savez sur les daviers. — Enumération. — Historique.

Différents degrés de carie d'une dent. — Qu'est-ce qu'un kyste radiculaire ? — Théories. — Quelles sont les maladies qui déterminent l'hémophilie ?

Qu'est-ce que le tétanos ? — Son traitement.

Qu'est-ce que la digue ?

Parlez de la réimplantation.

La radiographie est-elle applicable en art dentaire ?

M. Walther.

Que savez-vous sur les abcès d'origine dentaire ? — Les adéno-phlegmons d'origine dentaire sont-ils fréquents ? — Quels sont les rapports entre les abcès tuberculeux de la région cervicale et la carie dentaire ? — Que savez-vous sur les abcès du sinus maxillaire ?

Comment se fait l'infection du sinus dans les caries dentaires ?

Quelle est la différence entre l'ozène vrai et l'ozène de la sinusite ?

Quels sont les accidents qui peuvent accompagner l'éruption de la dent de sagesse ? — Leur traitement.

Qu'est-ce que l'épulis ? — Dans quelles conditions l'épulis récidive-t-elle ? — D'où vient l'épulis ?

Qu'est-ce qu'un kyste dentaire ? — Quels sont les divers kystes dentaires et quels sont les plus fréquents ? — Kystes radiculaires. — Adamantins. — Folliculaires. — Parlez-moi du bec-de-lièvre. — Son traitement. — Comment nourrirez-vous un enfant atteint de bec-de-lièvre ?

Que savez-vous sur la constriction des mâchoires ? — Son traitement.

M. Schwartz.

Différents moyens d'anesthésie.

Qu'est-ce que la glycérine ?

Stérilisation des instruments.

Où s'ouvrent les fistules symptomatiques d'une carie de la racine d'une incisive inférieure ? — Pourquoi ces fistules sont-elles si difficiles à guérir ?

Parlez des amygdalites.

Quelles sont les principales régions où s'ouvrent les fistules dentaires ?

Comment donne-t-on le chloroforme ? — Qu'est-ce que la position de Röse ?

Comment donne-t-on le bromure d'éthyle ?

Quels sont les accidents de l'anesthésie par l'éther ? — Quel est le gros inconvénient de l'éther ?

Comment arrête-t-on une hémorragie après une extraction ? Qu'est-ce que l'hémophilie ?

Quels sont les différents pansements employés dans la carie dentaire ?

Pourquoi une maladie des racines de la 2e G. M. S. peut-elle donner des troubles graves ?

Qu'est-ce que le catgut? — Dans quels cas fait-on la ligature des dents?

M. Vaquez.

Emploi du protochlorure de Hg? — Pourquoi n'est-il pas employé comme antiseptique?

Accidents déterminés par les sels de Hg. — Symptômes d'un empoisonnement par Hg. — Pourquoi les malades n'acceptent-ils pas facilement les injections mercurielles?

Quel est le traitement de la pyorrhée?

Quels sont les emplois de l'acide arsénieux?

Du chancre syphilitique de la lèvre. — De la gomme syphilitique du palais. — Des plaques muqueuses.

Epithélioma de la langue.

Diabète.

Zona.

Des stomatites. — Du chancre amygdalien.

De l'urémie.

Signes différentiels des ulcérations linguales. — Fièvres éruptives.

M. Troisier.

Qu'est-ce que la fièvre?

Qu'entend-on à l'auscultation du cœur? — Classification des maladies de cœur? — Comment reconnait-on un malade ayant de l'insuffisance aortique sans l'ausculter?

Pleurésie sèche. — Qu'est-ce qui caractérise la sérosité dans l'épanchement pleural?

Qu'est-ce que les oreillons?

Comment appelle-t-on le transport d'une maladie d'une glande dans une autre glande?

Quelle est la différence entre les parotidites et les oreillons? — Causes des parotidites?

Quelle est la différence entre l'hémoptysie et l'hématémèse?

Qu'est-ce que le mal de Bright? — Angine herpétique; ses complications.

Gangrène du poumon; ce qui la caractérise.

Paralysie faciale. — Névralgie faciale. — Migraine.

2e période de la tuberculose.

Qu'est-ce que l'appendicite? — Siège de la douleur.

Rétrécissement de l'œsophage. — Dans ce cas peut-on se servir des rayons X?

Qu'est-ce que l'emphysème? — Différence entre l'emphysème et l'asthme. — Comment reconnaît-on l'emphysème chez un cardiaque? — Y a-t-il œdème des malléoles dans l'emphysème?

3e période de la tuberculose.

Mal de Pott.

Tuberculose buccale.

M. Tuffier.

Quels sont les symptômes d'un abcès du sinus maxillaire?

Qu'est-ce que le tétanos?

Quels sont les premiers symptômes de la syncope cardiaque ?

Quels sont les signes de la luxation unilatérale du maxillaire inférieur ?

Diagnostic différentiel des ulcérations de la langue.

Symptômes des fractures du rocher.

Accidents de la dent de sagesse.

A quoi sont consécutifs les abcès du sinus.

Qu'est-ce qu'une épulis ? — Quels sont les accidents primitifs du cancer de la langue ?

Qu'appelle-t-on kyste dermoïde ?

Quels sont les symptômes de la luxation double du maxillaire inférieur ? — Quels sont les signes des fractures du crâne ?

Qu'est-ce que la carie du rocher ?

Evolution de la carie dentaire.

Quelles sont les causes les plus fréquentes des parotidites ? — Comment peut-on distinguer une parotidite des oreillons ?

Epithélioma de la langue ; diagnostic avec la gomme syphilitique ? — Epithélioma de la lèvre.

Kystes de la lèvre.

Furoncles des lèvres.

M. Legry.

Qu'est-ce qu'une lésion artificielle du cœur ? — Quelles sont les causes des affections mitrales ? — Quelles sont les maladies qui peuvent donner des affections de l'endocarde ? — Quels sont les signes de l'insuffisance mitrale ? — Quels sont les signes de l'insuffisance aortique ?

Nécrose phosphorée. — Intoxication par le phosphore ; évolution des phénomènes toxiques.

Stomatite mercurielle.

Fièvre typhoïde ; quelles sont les complications de cette fièvre du côté des glandes ?

Qu'est-ce qu'une hernie ? — Parlez des parotidites.

Qu'est-ce que l'actinomycose ? — Quel est son siège le plus habituel ?

Qu'appelle-t-on pneumonie ? — Que trouve-t-on dans le pus ? — Qu'est-ce qu'un abcès ?

Lésions de la 1re période de la syphilis. — Quelle différence y a-t-il entre la syphilis acquise et la syphilis héréditaire ?

Quels sont les signes de la paralysie du voile du palais ?

Qu'est-ce que la dégénérescence du cœur ? — Qu'est-ce que l'urémie ?

Intérêts professionnels

La patente des médecins et des dentistes a la Chambre des députés.

M. Paul Bertrand a fait adopter par la Chambre des députés un amendement tendant à substituer le taux du douzième et du quinzième à celui du dixième et du douzième pour les chirurgiens, médecins, officiers de santé et chirurgiens-dentistes.

Voici *in extenso* le texte de la discussion :

M. le Président. — Nous arrivons à l'amendement de M. Paul Bertrand qui est ainsi conçu :

Additions. — Tableau D. « Substituer le taux du 12e et du 15e à celui du 10e et du 12e pour les professions classées dans ledit tableau depuis le mot « architectes » jusques et y compris les mots « chefs d'institution ». La parole est à M. Bertrand.

M. Paul Bertrand (Marne). — Messieurs, il y a deux jours, l'honorable M. Rabier, président de la commission des patentes, déclarait que tous les membres de la commission, lors de leur nomination, avaient reçu le mandat, en quelque sorte impératif, de proposer à la Chambre le vote du texte résultant des délibérations du Sénat.

M. le Président de la Commission. — C'est très exact.

M. Paul Bertrand (Marne). — Si la commission avait suivi l'indication formulée par l'honorable M. Rabier, je ne serais pas à cette tribune et je n'aurais pas déposé l'amendement que je vais avoir l'honneur de soutenir. En effet, ce que je demande à la Chambre, c'est de maintenir le vote par elle émis dans la séance du 11 mars 1898 après débats, vote ratifié par le Sénat et au sujet duquel la commission propose aujourd'hui des résolutions d'une importance capitale. On a pu considérer que la loi actuellement en discussion avait surtout pour but d'établir plus de justice, au point de vue commercial, entre les commerçants, de permettre au petit commerce de lutter dans des conditions plus favorables contre les grands magasins et les coopératives qui les menacent et, suivant une expression qui a été employée soit dans la séance d'aujourd'hui, soit dans celle d'hier, de dégrever en quelque sorte les uns en grevant les autres, mais de façon à obtenir à peu près le même chiffre de rendement dans l'impôt. Mais jamais il n'avait été dans la pensée de la Chambre de créer un impôt nouveau, c'est bien là l'expression dont je dois me servir, au sujet de

toute une catégorie de patentables qui ne sont pas commerçants. (*Très bien ! très bien !*)

Le Tableau D vise les contribuables suivants : architectes, avocats inscrits au tableau des cours et tribunaux, avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, avoués, chirurgiens, commissaires-priseurs, dentistes, greffiers, huissiers, ingénieurs civils, mandataires agréés près les tribunaux de commerce, médecins, notaires, officiers de santé, référendaires au sceau, vétérinaires, chefs d'institution et maîtres de pension. En vertu de la loi de 1880, aggravée par les dispositions de la loi de 1893, toutes ces catégories de contribuables supportent un droit proportionnel fixé au quinzième de la valeur locative de tous les locaux occupés par eux, et fixé au douzième lorsque la population de la localité où ils exercent leur profession atteint un chiffre déterminé. En 1898, la commission des patentes proposa de remplacer cette taxation au quinzième et au douzième par la taxation au douzième et au dixième, et cela avait pour résultat d'augmenter les charges de l'ensemble de ces patentables de 24 o/o. Dans la séance du 11 mars 1898, j'ai signalé à cette tribune l'énormité de l'augmentation, le poids excessif dont elle pouvait peser sur un nombre considérable de ceux qui exercent ces professions libérales, et qui souvent, dans nos provinces, végètent et parfois même meurent de faim. J'ai fait ressortir aussi cette conséquence absolument extraordinaire, à savoir qu'à l'époque où l'on grevait toutes ces professions libérales on dégrevait les cafés-concerts.

M. Augé. — On les dégrève encore !

M. Paul Bertrand (Marne). — C'était en 1898. La Chambre m'a donné gain de cause ; elle a adopté mon amendement. Le Sénat a maintenu, quant à ces tarifs du quinzième et du douzième, les dispositions adoptées par la Chambre. Par conséquent, il y avait accord entre la Chambre et le Sénat.

Or, à ma grande surprise, la commission actuelle, déchirant le vote de la Chambre, déchirant le vote du Sénat, reprend le premier texte de la commission de 1895 et propose aujourd'hui à la Chambre de substituer au quinzième et au douzième le douzième et le dixième. Je ne puis être accusé d'exagération lorsque j'affirme qu'il s'agit d'une augmentation de 24 o/o. Si vous voulez bien vous reporter à la page 176 du rapport, vous verrez qu'il y a une augmentation de plus de 777,000 francs dans le rendement de l'impôt, donnant comme coefficient une augmentation totale de 24 o/o pour la part revenant à l'Etat. Si je fais état des centimes communaux et départementaux, l'augmentation est doublée, elle est de 1,500,000 francs.

On a souvent parlé dans cette séance de péréquation. Je répète que ces patentables n'ont rien à voir dans la lutte entre les petits commerçants et les grands magasins ou les coopératives. La situation,

pour quelques-uns, au point de vue financier, a été aggravée par la loi de 1893, contre laquelle je ne proteste pas, puisque pour ma part je demande le *statu quo ;* mais je vous prie, messieurs, quelques années après, de ne pas augmenter les charges de ces patentables. Je demande à la Chambre de maintenir son vote de 1898 et celui du Sénat, c'est-à-dire d'accueillir mon amendement qui tend à substituer le taux du quinzième et du douzième à celui du douzième et du dixième. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. le Président de la Commission.

M. le Président de la Commission. — La Commission avait pensé qu'elle pouvait demander aux professions libérales, si largement représentées à la Chambre, la légère augmentation qui est imposée à d'autres professions ; mais, par esprit de conciliation, pour ne pas renvoyer au Sénat un texte trop profondément modifié et pour ne pas retarder le vote d'une loi qui apportera une amélioration à un grand nombre de petits contribuables, la Commission accepte l'amendement de M. Bertrand. (*Très bien ! très bien !*)

M. le Président. — Je mets aux voix l'amendement de M. Paul Bertrand.

L'amendement, mis aux voix, est adopté.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

Emplois offerts.

13 **On demande** un **DIPLOMÉ SÉRIEUX,** *mécanicien si possible*, pour reprendre avec très grandes facilités un bon cabinet. — Ecrire *par poste* aux initiales I. E. D., aux soins de l'administration du journal. (**131-3**)

14 *PRESSÉ.* — On demande pour ***GÉRER UN CABINET*** dans une *ville de l'Est* un ***Opérateur***, *diplômé de la Faculté de Médecine*, qui pourrait éventuellement prendre la suite de ce Cabinet.— Ecrire *par poste* aux initiales H. Z., aux soins de l'administration du journal. (**11-1**)

15 **ON DÉSIRE** trouver pour un **CABINET** d'une *grande ville de province* un **TRES BON OPERATEUR** *diplômé de la Faculté de Médecine*, et un **TRES BON OPERATEUR ANGLAIS** ou **AMERICAIN** *pouvant exercer en France.* — Ecrire *par poste* aux initiales C. L., aux soins de l'administration du journal. (**13-1**)

Emplois demandés.

16 **Chirurgien-dentiste** D. E. D. P., diplômé de la Faculté de médecine de Paris, cherche une place **D'OPÉRATEUR OU GÉRANT D'UN CABINET**. — Bien au courant de la clientèle, âgé de 30 ans. Bonnes références. — Ecrire *par poste* aux initiales C. W., 30, aux soins de l'administration du journal. (**129-4**)

17 *BON OPÉRATEUR, diplômé en plusieurs pays*, spécialiste : *american crown and bridge-work* et *obturations en porcelaine*, parlant *cinq langues*, demande ***SITUATION*** *Paris* ou *littoral.* — Ecrire *par poste*, en affranchissant à 0.25 centimes aux initiales R. M. D., aux soins de l'administration du journal. (**5-2**)

18 **MÉCANICIEN-DENTISTE** *pouvant aider* aux **travaux du Cabinet** désire **PLACE** pour **l'après-midi**, à *Paris.* — Ecrire *par poste* aux initiales V. B., aux soins de l'administration du journal. (**6-2**)

19 **Chirurgien-Dentiste** *diplômé de la Faculté de Médecine* et de l'*Ecole dentaire de Paris*, connaissant le Cabinet, **bonnes références,** demande place d'**OPÉRATEUR** pour *Paris.* — Ecrire *par poste* aux initiales P. B., aux soins de l'administration du journal. (**7-1**)

20 **Recommandé.** — **BON OPÉRATEUR**, *diplômé de la Faculté de Médecine de Paris*, demande place de suite, Paris ou Province. — Ecrire *par poste* aux initiales D. O., aux soins de l'administration du journal. (**15-1**)

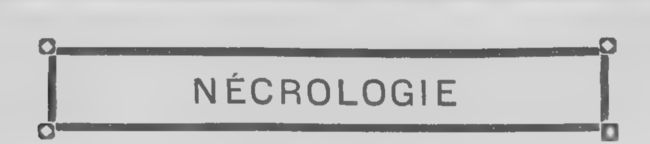
Divers.

21 *A VENDRE* les *lettres* composant le mot *Chirurgien-Dentiste*, 0,50 centimètres hauteur, zinc doré, *absolument neuves, non déballées.* — Ecrire *par poste* aux initiales E. M., aux soins de l'administration du journal. (**4-2**)

Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

La plupart du temps les confrères qui usent de nos « DEMANDES ET OFFRES » *désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée:* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur*, sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*



NÉCROLOGIE

GEORGES GROSS

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de notre confrère Georges Gross, D. E. D. P. de 1895, lauréat de l'Ecole, membre de l'Association générale des dentistes de France, décédé à l'âge de 28 ans.

Georges Gross avait été démonstrateur, puis chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris; il avait été l'un des principaux collaborateurs de *L'Odontologie* et secrétaire d'une section au Congrès dentaire international de 1900.

L'Ecole avait fondé beaucoup d'espoir dans ce jeune homme, qui publiait fréquemment dans *L'Odontologie* des articles fort remarqués. Sa collaboration à ce journal commença par des *Notes cliniques du* 3° *au* 4° *degré* en octobre 1898, par une étude sur les *abcès gingivaux d'origine extra-dentaire* (novembre 1898) et par une autre étude sur *les médecins militaires et l'art dentaire* (novembre 1898) et dura sans interruption jusqu'en mai 1901. Il excellait dans les travaux d'analyse et de revue des périodiques et des ouvrages dentaires. Comme questions de politique professionnelle ou d'intérêts professionnels qu'il sut habilement traiter nous citerons notamment *Les services dentaires hospitaliers* (15 décembre 1899), *Stomatologistes et odontologistes* (30 mars et 15 novembre 1900).

Son état de santé l'avait contraint de quitter le climat parisien et d'aller vivre à Pau, d'abord, à Constantine ensuite ; mais ce changement d'air n'a pu enrayer le mal dont il était atteint.

Ses obsèques ont eu lieu dans cette ville ; l'Ecole avait envoyé une couronne et s'était fait représenter par M. Hugo.

Tous ceux qui ont connu Georges Gross, esprit intelligent, ouvert et affable, déploreront cette mort prématurée.

Nous prions sa famille d'agréer dans cette triste circonstance l'assurance de toute notre sympathie.

FOSTER FLAGG

G. Foster Flagg, D. D. S. est décédé le 25 décembre 1903 à l'âge de 66 ans, dans sa résidence de Swarthmore (Pensylvanie,

Etats-Unis d'Amérique) après une longue et douloureuse maladie.

Il était né le 15 octobre 1828 à Providence. Son grand-père Josiah Flagg était le premier dentiste américain indigène; il descendait d'une famille irlandaise établie aux Etats-Unis en 1642.

Son arrière-grand-père, le lieutenant-colonel Josiah Flagg, avait servi dans le régiment Elliott, où son père était officier, lorsque les troupes américaines et françaises prenaient leurs quartiers d'hiver près de Providence en 1781-1782. La guerre d'indépendance était terminée et le chirurgien-dentiste français Lemaire, qui avait accompagné le contingent français comme chirurgien, avait repris l'exercice de sa profession. Le lieutenant-colonel Flagg devint l'ami intime de Lemaire et lui confia son fils aîné pour lui enseigner l'art dentaire.

Le père de G. Foster Flagg était également dentiste.

G. Foster Flagg fit ses études à Providence, à Boston et à Philadelphie, il entra à l'école de médecine de cette ville. La fièvre de l'or l'entraîna en Californie en 1849, où il exerça bientôt l'art médical, chirurgical et dentaire, tout en se livrant à des entreprises industrielles. Il y resta sept ans. Il se fit graduer en 1856 par l'école de chirurgie-dentaire de Philadelphie et entra alors dans la profession de son père. Il exerça dans cette ville à partir de 1860.

En 1863 il acceptait une chaire de professeur à cette école, qu'il conserva jusqu'en 1895-96.

Il a beaucoup écrit. Son œuvre la plus importante est un *Traité sur les matières et les obturations plastiques* (1881), résumant toutes ses recherches sur cette importante question.

Les amalgames furent l'objet de sa part d'une étude approfondie. Il a introduit des formules perfectionnées d'alliages dentaires, ainsi que des méthodes nouvelles pour les préparer et préconisé l'emploi des substances non plastiques. Il a fait faire de grands progrès à l'art dentaire et son nom doit occuper une des premières places dans l'histoire de cet art.

ALEXANDRE FORTIER

On annonce la mort de M. E. Alexandre Fortier, chirurgien-dentiste à Paris, survenue le 30 janvier à l'âge de 29 ans. Il était diplômé de l'Ecole et de la Faculté et faisait partie de l'Association générale des dentistes de France.

Nous adressons l'expression de nos regrets à sa famille.



MARIAGE.

Nous apprenons avec plaisir le mariage de notre excellent confrère M. A. Blatter, le dévoué chef de clinique de l'Ecole dentaire de Paris, chargé plus spécialement de l'enseignement préparatoire, avec Mlle Mabel Keall, qui a été célébré le 20 janvier à Paris.

Nous adressons nos plus vives félicitations à notre très sympathique collègue, en même temps que tous nos souhaits de bonheur.

LA RÉDACTION.

LE DENTISTE DE L'EMPEREUR DE CORÉE.

Un avis apposé au tableau noir de l'Université de Berlin fait connaître que l'empereur de Corée a exprimé le désir d'avoir auprès de lui, pendant deux ans, un dentiste diplômé. Les conditions sont les suivantes : appointements mensuels, 300 yens (le yen vaut à peu près 2 fr. 50); indemnité de logement, 30 yens ; voyage aller et retour, 1.000 yens ; frais d'achat des instruments, 4 000 yens, et 50 yens pour indemnité de laboratoire ; chaque semaine, une heure de consultation au Palais ; tous les ans, deux mois de congé. En plus, le dentiste impérial aura la faculté d'exercer auprès des particuliers. La connaissance du français et de l'anglais est indispensable.

LES CHIRURGIENS-DENTISTES MILITAIRES AUX ETATS-UNIS.

Nous empruntons les renseignements suivants au rapport du chef de service de santé de l'armée des Etats-Unis sur le fonctionnemeut du corps des chirurgiens-dentistes militaires pendant l'année 1902.

Trente chirurgiens-dentistes étaient en service au 30 juin 1902, maximum fixé par la loi du 2 février 1901, dont douze aux Etats-Unis et dix-huit aux Philippines. Le nombre des soldats traités dans les deux pays a été de 16.102, soit 1/5 de l'effectif moyen de l'armée, avec 49.483 opérations, soit 3 opérations 97 par homme. Les maladies de la bouche et des dents traitées sont dues à la fatigue morale et physique excessive. Des instructions ont été données aux hommes sur la nécessité de soigner leur bouche et leurs dents.

Le pourcentage des maladies des dents à Cuba et à Porto-Rico dépasse celui des Philippines et des Etats-Unis, ces maladies étant plus fréquentes parmi les troupes indigènes.

LISTE DES ÉCOLES DENTAIRES CONSIDÉRÉES COMME HONORABLES (*reputable*).

AUX ÉTATS-UNIS DE 1899 A 1903[1]

1.	Birmingham, Ala.	Birmingham Dental College.
2.	Los Angeles, Cal.	University of Southern California, College of Dentistry.
3.	San Francisco, Cal.	College of Medicine and Surgery, Dental Department.
4.	do.	College of Physicians and Surgeons, Dental Department.
5.	do.	University of California, College of Dentistry.
6.	Denver, Colo.	Colorado College of Dental Surgery.
7.	do.	University of Denver, Dental Department.
8.	Washington, D. C.	Columbian University, Dental Department.
9.	do.	Howard University, Dental Department.
10.	do.	Washington Dental College. *
11.	Atlanta, Ga.	Atlanta College of Physicians and Surgeons, Dental Dept. *
12.	do.	Atlanta Dental College. *
13.	Chicago, Ill.	Chicago College of Dental Surgery, Lake Forest University.
14.	do.	Illinois School of Dentistry.
15.	do.	Northwestern University, Dental School.
16.	Indianapolis, Ind.	Central College of Dentistry.
17.	do.	Indiana Dental College.
18.	Iowa City, Iowa.	State University of Iowa, Dental Department.
19.	Keokuk, Jowo.	Keokuk Dental College.
20.	Louisville, Ky.	Louisville College of Dentistry.
21.	New Orleans, La.	New Orleans College of Dentistry.
22.	Baltimore, Md.	Baltimore College of Dental Surgery.
23.	do.	Baltimore Medical College, Dental Department.
24.	do.	University of Maryland, Dental Department.

1. Cette liste est empruntée à la Publication *Statistics of professional and allied schools*.

25.	Boston, Mass.	Harvard University, Dental School.
26.	do.	Tufts College, Dental School.
27.	Ann Arbor, Mich.	University of Michigan, College of Dental Surgery.
28.	Detroit, Mich.	Detroit College of Medicine, Department of Dental Surgery.
29.	Minneapolis, Minn.	University of Minnesota, College of Dentistry.
30.	Kansas City, Mo.	Kansas City Dental College.
31.	do.	Western Dental College. *
32.	St. Louis, Mo.	Marion Sims College of Medicine, Dental Department. *
33.	do.	Missouri Dental College, Washington University.
34.	Lincoln, Nebr.	Lincoln Dental College.
35.	Omaha, Nebr.	University of Omaha, Dental Department.
36.	Buffalo, N. Y.	University of Buffalo, Dental Department.
37.	New York, N. Y.	New York College of Dentistry.
38.	do.	New York Dental School.
39.	Cincinnati, Ohio.	Cincinnati College of Dental Surgery.
40.	do.	Ohio College of Dental Surgery.
41.	Cleveland, Ohio.	Western Reserve University, Dental Department.
42.	Columbus, Ohio.	Ohio Medical University, Dental Department.
43.	Portland, Oreg.	North Pacific Dental College.
44.	Philadelphia, Pa.	Medico-Chirurgical College, Dental Department.
45.	do.	Pennsylvania College of Dental Surgery.
46.	do.	Philadelphia Dental College.
47.	do.	University of Pennsylvania, Department of Dentistry.
48.	Pittsburg, Pa.	Pittsburg Dental College, Western University of Pennsylvania.
49.	Nashville, Tenn.	Central Tennesse College, Meharry Dental Department.
50.	do.	University of Tennesse, Dental Department.
51.	do.	Vanderbilt University, Department of Dentistry.
52.	Richmond, Va.	Virginia School of Dentistry.
53.	do.	University College of Medicine, Dental Department.

54. Milwaukee, Wis. Miwaukee Medical College, Dental Department.

Erratum.

Le rapport du *secrétaire général* que nous avons publié p. 25 de notre numéro du 15 janvier est dû à M. Baelen, alors secrétaire des séances, remplaçant le secrétaire général.

C'est par omission que ce nom n'a pas été mentionné.

Société Coopérative des Dentistes de France.

MM. les actionnaires de la Coopérative recevront tous avant le 15 février les récépissés correspondant aux versements effectués par eux pour appel du 2e quart du capital social. En cas de non-réception de ces reçus, prière d'aviser le Président de la Société, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Depuis le 1er février la Société a organisé un service pour le placement des opérateurs et des mécaniciens. MM. les dentistes de Paris et des départements, actionnaires ou non, et les mécaniciens et opérateurs peuvent y adresser leurs offres ou demandes.

La société fournira également tous renseignements pour la cession ou l'achat des cabinets.

Ces deux services nouveaux seront effectués à titre entièrement gratuit aussi bien pour les sociétaires que pour les étrangers à la coopérative.

La répartition des bénéfices du 1er semestre 1903 sera adressée dans le courant du mois de février à tous les coopérateurs et les actions nouvelles seront également distribuées avant le 1er mars, les titres étant soumis en ce moment aux formalités de l'enregistrement.

Rappelons que toutes demandes de renseignements ou d'actions doivent être adressées au Président de la Société coopérative des Dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris-IXe (Téléphone 223.04).

Bibliographie scientifique. — Vient de paraître à la librairie J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, à Paris, un **Catalogue général des livres de sciences**, comprenant l'annonce détaillée par ordre alphabétique des noms d'auteurs d'environ cinq mille ouvrages de *médecine, histoire naturelle, agriculture, art vétérinaire, physique, chimie, technologie, industrie,* avec la date de publication, le format, le nombre de pages, de figures et de planches. Une table méthodique de 17 pages donne en outre l'indication des principaux auteurs qui ont écrit plus de 1500 sujets se rapportant aux sciences.

Cette Bibliographie, indispensable à tous les travailleurs, sera envoyée gratis et franco à tous les lecteurs de ce journal qui en feront la demande à MM. J.-B. Baillière et fils, par carte postale double (avec réponse payée).

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.

AVIS

COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision** ; aussi a-t-il été nécessaire de faire un 4e VOLUME, qui est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes ; il vient d'être envoyé à tous les souscripteurs.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître IMMÉDIATEMENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

24e ANNÉE. N° 3 15 FÉVRIER 1904 VOL. XXXI



Travaux Originaux

NOTE SUR LA PÉNÉTRATION DE LA DENTINE EN VUE DE L'OBTURATION

Réponse à M. le Dr Mahé,

Par J. CHOQUET,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 2 février 1904.)

Lorsqu'il y a environ trois ans, je présentai ma première note sur la pénétration de la dentine par des agents médicamenteux en vue de la stérilisation de celle-ci, je m'attendais à avoir des critiques, et je l'espérais même.

Ces critiques se sont en effet produites, les unes, ouvertement, d'homme à homme, si je peux dire, et à celles-ci j'ai apposé les arguments que je jugeais nécessaires.

D'autres ont été présentées, non plus ouvertement, non plus d'homme à homme, mais simplement par la voie de la presse scientifique, sans que leur auteur, qui fait pourtant partie de notre Ecole, dans le corps enseignant de laquelle il occupe un poste, qui fait par conséquent partie de la Société d'Odontologie, ait daigné venir discuter de vive voix parmi nous.

La maladie, qui a toujours été le prétexte de l'absence de M. Mahé lors de nos réunions mensuelles, n'a cependant pas empêché ce dernier d'assister à une réunion de la Société de Stomatologie pour y présenter un travail, auquel je vais répondre pour bien mettre les choses au point.

Il ne suffit pas, en effet, à quelqu'un de dire : « *Un tel a cru trouver telle innovation, mais c'est absolument faux. Ce qu'il a présenté, il l'a réinventé, car c'est moi, et moi seul qui ai parlé le premier de ce procédé.* »

Ces quelques mots peuvent vous résumer toute la question et tout le travail de M. Mahé, ainsi que vous pourrez en juger tout à l'heure.

Outre que les termes employés dans ce factum sont loin d'être courtois, vous pourrez vous rendre compte que toutes les assertions pêchent par la base et qu'en outre l'auteur a sciemment fait dévier la question en s'occupant de procédés tout à fait étrangers à ceux que j'ai signalés dans mes notes antérieures.

Ainsi que le dit l'auteur dans le numéro de janvier de la *Revue de Stomatologie*, son travail n'est qu'une partie du mémoire qu'il a fait présenter au Congrès de Madrid par le Dr Chompret.

Avant d'entreprendre la réfutation de ce mémoire, permettez-moi, de façon à rendre mon argumentation la plus compréhensible possible, de vous rappeler brièvement les faits.

Partant de ce principe, exposé par des hommes que vous connaissez tous par la renommée de leurs travaux, que nous ne pouvons jamais affirmer que la carie ne continuera pas sous une obturation bien faite, et cela, malgré tous les soins pris pour préparer la cavité, j'émettais l'opinion qu'il fallait pour empêcher toute récidive : employer des antiseptiques puissants de façon à détruire les micro-organismes (la plupart anaérobies facultatifs) contenus dans la profondeur des canalicules dentinaires. A cet effet, me basant sur la grande puissance bactéricide que possèdent certaines essences, je cherchais à tirer parti de ces dernières. Elles ne sont pas

solubles dans l'eau et conséquemment il fallait avoir recours à un artifice permettant de les transporter au point voulu. L'alcool seul nous le permettait et, mettant dans la pratique courante un procédé basé sur l'expérience de laboratoire, j'instituais alors toute la série de manipulations que vous connaissez. Je n'ai donc ni découvert l'alcool, ni redécouvert un procédé connu dans tous les laboratoires d'histologie, je me suis simplement contenté d'utiliser pour notre pratique journalière ce que ce procédé pouvait présenter d'avantageux. Je ne revendique donc nullement, comme le fait M. Mahé, la priorité de l'emploi de cet utile agent qu'est pour nous l'alcool, mais ce pour quoi je réclame absolument la priorité, c'est la série de manipulations que j'ai indiquées comme ayant pour but la pénétration de la dentine par les essences et la stérilisation ultérieure de celle-ci.

Voici du reste la formule du liquide que je préconise à cet effet, après avoir fait subir à la dentine la déshydratation progressive par l'alcool à différents titres :

Alcool absolu	15 gr.
Hydronaphtol	0.75
Toluène	5
Essence de cannelle de Chine	0.50
— géranium	0.25
Chloroforme	4

Ce liquide a été destiné principalement à la stérilisation des caries du second degré, mais il s'applique tout aussi bien au traitement des dents dont il est nécessaire de désinfecter le canal.

Ainsi que vous le voyez, à part l'alcool, tous les corps employés ont une action antiseptique très nette, au sujet de laquelle vous pourrez du reste consulter les tables qui ont été dressées soit par l'Institut Pasteur, soit par les différents auteurs qui se sont occupés de la question.

Dans son article de la *Revue de Stomatologie*, M. Mahé, après quelques considérations sur l'emploi de l'air chaud, dit qu'en mai 1901 il se produisit un grand événement devant rester célèbre dans les fastes des dentistes français, car l'un d'eux *découvrit* la propriété qu'a l'alcool, en se

combinant à l'eau, de pouvoir se substituer complètement aux molécules de cette dernière dont sont imprégnés les tissus organiques. Puis, poussant plus loin ses laborieuses investigations, ce même dentiste réussit à retrouver le procédé de déshydratation par l'alcool, procédé employé depuis tant d'années dans les laboratoires d'histologie.

Veuillez bien noter en passant que, pour l'instant, ce dentiste découvre la propriété qu'a l'alcool de déshydrater les tissus de l'organisme et que c'est encore lui qui réussit à retrouver ce procédé employé dans les laboratoires d'histologie. Remarquez en outre qu'il n'est absolument question que de l'alcool.

Quelques lignes plus loin, vous ne serez sans doute pas peu surpris de voir, comme on dit, percer le bout de l'oreille et d'apprendre de la bouche même de M. Mahé « qu'une prétention d'antériorité, qu'il a exposée ailleurs, l'a amené à faire des recherches de contrôle, dont il présente les résultats, *sans autre préambule* ».

Je ne suis donc plus ici l'inventeur de la déshydratation par l'alcool et je ne jalouserai pas mon confrère stomatologiste pour le nouveau fleuron qu'il vient d'ajouter à sa gloire, il peut en être convaincu.

Venant ensuite à exposer les expériences qu'il a faites et les conclusions qu'il en tire, notre confrère dit textuellement ceci :

« *Dans quelle mesure la déshydratation (considérée en général, et quel que soit le procédé employé) est-elle indispensable pour assurer la pénétration dans la dentine d'une substance médicamenteuse ?* »

A cette première question, nous répondrons, avant de vous donner connaissance de la réponse de l'auteur, que tout dépend de la nature de la substance médicamenteuse employée. Si celle-ci est aqueuse, point n'est besoin de déshydrater, mais, si l'on vient, comme je le fais, à employer les essences et l'hydronaphtol pour assurer la désinfection des canalicules, l'alcool associé à ces médicaments est absolument indispensable.

Voici maintenant la réponse de M. Mahé :

« La réponse expérimentale fut celle que donnait spontanément le seul raisonnement. La dentine normale hydratée est parfaitement pénétrée, et ceci sans aucune manœuvre, par les substances solubles dans l'eau et suffisamment diffusibles. »

Nous ferons observer à notre contradicteur, tout d'abord, qu'un raisonnement ne peut être une réponse expérimentale, puis que rien ne s'oppose à ce qu'un médicament soluble dans l'eau puisse pénétrer dans les canalicules dentinaires. C'est tellement simple que je m'étonne que M. Mahé, pour corser son argumentation, ait cru devoir employer semblable raisonnement. Au collège, c'est ce que l'on appelle un axiome, c'est-à-dire une vérité évidente par elle-même, pour ne pas employer une expression plus vulgaire.

En tous cas, veuillez bien remarquer que la question n'est pas placée sur son vrai terrain, puisqu'il n'est fait mention que de substances solubles dans l'eau.

Un peu plus loin, présentant la pièce X consistant en une racine séchée par une simple mèche suivie de quelques insufflations d'air chaud, M. Mahé semble s'étonner qu'après avoir mis dans le canal pendant deux minutes une nouvelle mèche chargée de bleu de méthylène dissous dans l'alcool à 95°, la pièce ait été entièrement pénétrée par le réactif colorant.

Nous ne voyons rien de surprenant à semblable résultat, puisque le bleu de méthylène est soluble dans l'alcool, et le résultat obtenu aurait été identiquement le même si, au lieu d'alcool, l'expérimentateur avait employé l'eau pure et simple. Car, nous supposons, et cela, non sans juste raison, que la racine en question n'était pas *in situ*, c'est-à-dire dans son alvéole, mais extraite depuis un certain temps. Il est vrai que M. Mahé a bien soin de ne pas faire part de ce léger détail.

Si, au lieu d'employer le bleu de méthylène, M. Mahé avait employé des réactifs colorants non solubles dans l'al-

cool, mais seulement solubles dans l'eau, tels que le violet B, le bleu de triphényl résorcine ou bleu de Chine, le vert malachite, soit encore la tropoéoline ooo, tous réactifs utilisés en histologie, il serait certainement parvenu au même résultat.

Voici donc un premier argument qui semble plutôt, comme on dit, pêcher par la base et montre que son auteur n'a pas eu le temps ou bien n'a pas voulu, pour les besoins de la cause qu'il plaide, mettre en pratique les avis qu'il donne à la page 2 de son mémoire, savoir :

« *Qu'il arrive souvent, quand on se laisse aller à abandonner le guide d'une saine critique scientifique, qu'une affirmation autoritaire suffit à emporter la conviction. Il faut être soucieux de rechercher si les résultats annoncés sont réellement dus à la méthode employée, si aucune autre méthode, et, en particulier, celles qui étaient depuis longtemps en usage, n'est capable d'en fournir de semblables, ou de meilleurs, et si enfin les résultats sont identiques, quelles que soient les conditions extrinsèques (?) de l'application.* »

Si nous continuons la réfutation des arguments qu'on nous oppose, nous allons encore prendre M. Mahé en défaut lorsqu'il nous parle de la pièce n° 27.

Il a pris une dent dont il a nettoyé le canal consciencieusement par un procédé mécanique ; il a séché cette dent à l'aide d'une mèche d'ouate et d'un jet d'air chaud ; puis, il a introduit dans ce canal une nouvelle mèche d'ouate chargée du mélange employé dans les expériences auxquelles il fait allusion plus haut (où ? l'auteur ne le dit pas), mélange qui se composait d'alcool absolu, d'essence de girofles, de xylol et de bleu de méthylène. Je ferai remarquer, en ce qui me concerne, que je n'ai jamais employé l'essence de girofles. M. Mahé a enfin obturé l'apex et la cavité coronaire avec une goutte de cire fondue et laissé le tout en observation pendant douze heures. A l'examen des planches accompagnant ce travail, on voit en effet la figure 27 fortement colorée, mais nous nous permettrons de demander à notre confrère dans quelles proportions respec-

tives étaient employés et l'alcool absolu et le xylol et l'essence de girofles.

C'est pour nous tous un point capital.

Et puisque M. Mahé est si partisan qu'il ne faut rien avancer à la légère (ce en quoi nous sommes absolument d'accord avec lui, et c'est le seul point), nous lui demanderons par la voie de la presse scientifique, puisqu'on ne peut le toucher que par ce moyen, de bien vouloir recommencer son expérience sur des tissus à demeure et cela dans plusieurs cas, en employant des quantités connues et exactement dosées des différents liquides signalés plus haut.

Continuant son argumentation, si l'on peut appeler ainsi l'emploi de procédés aussi peu sérieux, l'auteur nous parle des dents A et B, sans nous faire savoir si ces organes étaient secs ou fraîchement extraits de leurs alvéoles.

La dent B a été traitée par les alcools successifs à 60, 75, 95 et 100° pendant 5 minutes chaque fois, puis le mélange bleu xylol a été introduit dans le canal et le tout scellé à la cire.

La dent A a été traitée par une mèche de bleu à l'eau après un simple séchage par la ouate et les insufflations d'air chaud et obturée à la cire.

Ces deux dents avaient été placées dans un bloc de plâtre, qui enfermait complètement les racines, puis la digue avait été placée comme s'il s'était agi d'une opération dans la bouche. Nous nous demandons encore pourquoi ce luxe inusité de précautions, vu que l'arrivée de la salive n'était pas à craindre.

Une fois le travail d'obturation à la cire terminé, la digue est ôtée et le tout plongé pendant vingt-quatre heures dans une solution normale de Na Cl.

Au bout de ce temps, la section des dents est effectuée.

La dent A, qui a subi l'action aqueuse sans déshydratation, est complètement colorée, ce qui n'a rien de surprenant.

La dent B, au contraire, traitée par la méthode *nouvellement réinventée,* l'a été fort peu.

Cela n'a ma foi rien de surprenant, car le bleu de méthylène ne se dissout pas dans le xylol et M. Mahé a parlé de la solution bleu-xylol simplement. Mettons les choses au mieux des intérêts de mon contradicteur et admettons que le terme bleu-xylol veuille dire : alcool, xylol, essence de girofles et bleu de méthylène ; je mets M. Mahé au défi, en employant des quantités exactement dosées de ces différents corps, de ne pas obtenir une coloration intense de toute la dent.

Jusqu'à ce que notre confrère nous démontre en séance, *avec preuves à l'appui*, la véracité de ses assertions, je me verrai, à mon grand regret, forcé de considérer les résultats qu'il a publiés comme erronés, volontairement ou non.

Enfin, au cours de son travail, M. Mahé traite de la possibilité de mettre en évidence au moyen de réactifs chimiques la présence d'un corps que l'on a réussi à faire pénétrer dans la dentine. Il emploie à cet effet l'azotate d'urane, qu'il considère avec fort juste raison comme extrêmement diffusible. Avant de parler des expériences qu'il a entreprises à ce sujet avec le nitrate d'urane, laissez-moi dire deux mots au sujet des considérations qui précèdent ces expériences.

Pour lui, un premier point est établi, et nous le savions tous, malgré sa prétention d'antériorité, c'est que : une substance soluble dans l'eau peut imprégner et imprégner parfaitement la dentine sans que son application soit précédée de la manœuvre dite de déshydratation.

Pour ma part, je n'ai jamais dit autre chose dans mes communications antérieures, puisque je cherchais à obtenir mieux comme pénétration et désinfection des canalicules au moyen des essences et de l'hydronaphtol.

Le second point qu'envisage M. Mahé est le suivant : pour que ce résultat (l'imprégnation) soit atteint, la solubilité dans l'eau n'est pas la seule qualité à exiger de l'agent employé, il faut y ajouter la diffusibilité.

« Ceci est établi complètement par les expériences qu'il

a faites avec le nitrate d'urane. Or son expérience 15 démontre qu'il n'a pu obtenir avec le nitrate d'urane qu'une imprégnation très faible et presque négligeable. »

Si, avant d'entreprendre ses recherches sur le nitrate d'urane, pour essayer de prouver que j'avais fait fausse route dans mes expériences, M. Mahé avait repris celles-ci de point en point et non à côté comme il l'a fait, il aurait obtenu le résultat suivant pour déceler les traces d'hydronaphtol.

Une dent fraîchement extraite ayant subi la déshydratation telle que je l'ai indiquée, après avoir eu son canal radiculaire obturé par une mèche imbibée du liquide indiqué plus haut pendant douze heures, est sectionnée longitudinalement.

Sur les faces de la section obtenue, on dépose au moyen d'un fil de platine une goutte de nitrate acide de mercure et l'on voit immédiatement se produire la réaction caractéristique de l'hydronaphtol, sous forme d'une tache brun foncé qui ne restera pas localisée à la périphérie du canal, mais pénétrera quelquefois, suivant la quantité de liquide utilisée, jusqu'à la partie externe de la racine.

Que M. Mahé répète cette expérience sur une dent sèche, sur un bloc d'ivoire, déshydratés préalablement et il obtiendra toujours le même résultat.

Mais M. Mahé n'a pas voulu tenter cette expérience pourtant bien simple, puisque je l'ai indiquée tout au long dans mes notes antérieures. Il a préféré chercher à faire pénétrer dans les canalicules dentinaires du tannin, de l'acétate de plomb et il annonce qu'il n'a pu y parvenir.

Il est tellement épris d'impartialité scientifique qu'il a eu bien soin de ne pas tenter cette expérience, ou tout au moins de ne pas la signaler dans son travail, car il sait que, s'il publiait ses résultats, sa communication déjà fort ébranlée, ne tiendrait plus debout. Que M. Mahé reprenne donc point par point les recherches telles que je les ai instituées et qu'il les publie à la Société de Stomatologie ou dans une autre enceinte (puisque lui et un autre emploient cette ex-

pression en parlant de notre Société d'Odontologie), cela m'est totalement indifférent, mais ce que j'ai dit au commencement de ce travail et ce que je répète, c'est que la communication faite à la Société de Stomatologie et par conséquent celle présentée au Congrès de Madrid par M. le Dr Chompret, au nom de M. Mahé, n'avaient qu'un but, celui de s'approprier en le démarquant, en le dénaturant complètement, un procédé nouveau. Il ne suffit pas, lorsque l'on veut prouver que l'on a raison, d'employer de grands mots et des phrases pompeuses, il faut apporter des preuves.

Et ce que je dis en ce moment-ci au Dr Mahé, je le dis en même temps au Dr Siffre et au Dr Cruet, au sujet du procès-verbal de la séance dans laquelle a été lu le travail en question.

A M. le Dr Siffre qui a prononcé les paroles suivantes :

« *J'ai moi-même fait des expériences analogues. Je crois que l'ivoire ne se colore pas à l'état vivant ; la matière colorante pénètre dans les canalicules dentinaires, mais la substance inerte reste indemne.* »

Plus loin : « *D'un autre côté, comment expliquer la pénétration des liquides médicamenteux dans les canalicules non ouverts dans la cavité de carie où ces liquides sont déposés ?*

» *Mon avis est que la substance dentinaire vivante ne se laisse pénétrer par aucun liquide ; si l'ivoire se laisse imprégner au dehors de ses canalicules, c'est qu'il est mort.* »

Et enfin pour terminer :

« *Rien de tel, je tiens à le dire, ne peut se produire dans le cas de pénétration rapide de la dentine, ou plutôt des canalicules, par des substances déshydratantes et médicamenteuses, selon des méthodes dont on a fait grand bruit naguère dans une autre enceinte ; car les connaissances les plus simples en histologie s'opposent à ce qu'on puisse admettre l'emploi de procédés dont le moindre inconvénient est de compromettre gravement la vitalité de la pulpe.* »

M. Siffre a, dit-il, fait des expériences analogues aux miennes. Pourquoi n'en a-t-il pas présenté le résultat?

Il croit que la dentine ne se colore pas à l'état vivant et que, s'il y a coloration, celle-ci provient des canalicules et non de la substance base. Pour se rendre compte du contraire, il n'a qu'à faire sans décalcification une section longitudinale d'une dent saine qu'il viendra à extraire et à l'amincir jusqu'à environ 1 millimètre d'épaisseur. Qu'il plonge alors celle-ci pendant seulement une heure dans une solution de fuschine et qu'il en fasse ensuite l'usure jusqu'à obtenir l'épaisseur d'une feuille de papier à cigarettes. Il pourra alors se rendre compte que la substance base, vivante, est parfaitement colorable, de même que les canalicules.

Enfin pour quelqu'un qui trouve que les connaissances les plus élémentaires en histologie s'opposent à ce que l'on admette l'emploi de procédés tels que celui que j'ai préconisé, je demanderai à M. le Dr Siffre si le secrétaire de la séance a bien reproduit ses paroles.

Il est plutôt bizarre en effet d'entendre apporter comme arguments que des liquides ne peuvent pénétrer dans des canalicules parce que ceux-ci ne sont pas ouverts dans cette cavité. J'avais toujous cru, et beaucoup de mes confrères aussi, que les canalicules dentinaires traversaient toute la dentine en s'amincissant insensiblement du centre vers la périphérie pour venir se perdre au contact de l'émail dans ce qu'on appelle la zone granuleuse ou de Tomes.

Il y a bien des chances pour que, lorsqu'il existe une carie même peu avancée, ces canalicules se voient sectionnés en une portion quelconque de leur parcours. A moins d'avoir affaire à une simple carie de l'émail, n'intéressant nullement la dentine, le liquide mis dans la cavité de la carie pénétrera toujours dans les canalicules.

Ceci soit dit comme simple constatation des connaissances en histologie dentaire de notre confrère le Dr Siffre.

Enfin, à M. le Dr Cruet, je dirai : il est mal à vous d'ignorer sciemment les travaux qui ne sont pas sortis de chez vous et qui peuvent présenter quelque valeur, car les titres

universitaires, s'ils ont du bon, ont quelquefois aussi bien du mauvais. Et ce n'est pas une raison parce qu'un de vos collègues, qui n'est pas docteur en médecine, présente quelque chose d'intéressant pour que vous cherchiez à favoriser le rapt que l'un des vôtres s'efforce d'opérer.

Enfin, ne soyez pas si acerbe vis-à-vis du simple chirurgien-dentiste. Vous avez pris à partie il y a quelques années l'un des nôtres pour avoir employé improprement le terme d'ossification pulpaire. N'avez-vous pas fait erreur vous-même en parlant, au commencement de la discussion, d'un phénomène d'ostéite condensante venant se produire dans la dentine? Vous avez probablement voulu parler de dentinite condensante? C'est un mot nouveau, j'en conviens, mais qui, je crois, peut être considéré comme rationnel. Et plus loin vous trouvez qu'on peut négliger la présence dans les canalicules des micro-organismes, s'il s'est produit ce phénomène de dentinite condensante par suite de la réaction pulpaire, car, dites-vous, il n'y a pas d'exemple que ces micro-organismes viennent à cheminer vers le périoste et occasionner des périodontites en cheminant de l'intérieur à l'extérieur. Non, certainement, puisque la porte sera pour ainsi dire fermée, par suite du phénomène de dentinite condensante, mais ils pourront redescendre vers la pulpe elle-même, la décomposer et pénétrer ensuite dans d'autres canalicules situés plus bas et de là atteindre le *ligament alvéolo-dentaire* en passant par le cément. »

Messieurs, je m'arrête ici, considérant que j'ai remis les choses à la place qu'elles doivent occuper. Excusez-moi d'avoir retenu aussi longtemps votre attention ; mais, en tant qu'auteur non médecin d'une innovation en pratique journalière, en tant que membre et ancien président de notre vieille Société d'Odontologie, il ne m'était pas possible de ne pas répondre ainsi que je viens de le faire à un membre de notre association fuyant pour ainsi dire la discussion et présentant dans une Société concurrente un travail qui est loin d'être marqué au coin de la véritable méthode scientifique.

CONSIDÉRATIONS SUR LES ANESTHÉSIQUES LOCAUX DU COMMERCE

Par M. Chateau, D. F. M. P., de Grenoble.

(*Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 2 février 1904.*)

Il y a environ un an, je reçus la visite de M. M.,. qui souffrait d'une dent et désirait la faire extraire.

Deux mois auparavant j'avais procédé sur le même sujet à l'extraction de plusieurs racines. L'anesthésie obtenue avec deux centigrammes de chlorhydrate de cocaïne avait été parfaite à tous égards : il n'y avait eu, après cette anesthésie cocaïnique, aucun accident local ni général ; le malade n'avait manifesté aucune tendance à la syncope.

Je décidai de faire cette nouvelle extraction à l'aide de l'anesthésie locale ; mais, au lieu d'employer la cocaïne, je me servis d'une solution anesthésique, fort connue dans la profession, et que l'on trouve chez tous les fournisseurs.

Après toutes les précautions antiseptiques d'usage, tant du côté du champ opératoire que du côté de la seringue et de l'aiguille, après avoir fait prendre au malade une tasse de café, je procédai à l'injection de la solution anesthésique du commerce.

A ma grande surprise, après l'injection de moins d'une demi-seringue de la solution, c'est-à-dire, après la pénétration d'un demi-centigramme de cocaïne (l'anesthésique étant à un pour cent), je vis le patient pâlir. Je procédai immédiatement à l'avulsion de la dent, avulsion qui eut lieu sans la moindre douleur.

Le sujet se leva alors brusquement, l'air égaré, et il ne consentit à se coucher que sur mes instances réitérées. A ce moment il avait l'air d'un homme complètement ivre. J'employai les moyens usités en pareils cas : flagellations énergiques, inhalations d'éther, finalement injections de caféïne. Le malade continuait cependant à gémir et à se plaindre de crampes, de fourmillements douloureux dans

les jambes. Persuadé qu'il allait mourir, il demandait une plume pour faire son testament.

Cet état se prolongea cinq heures, sans que à aucun moment le malade ne fut en syncope complète.

Le lendemain matin je revis le malade ; la nuit avait été agitée malgré 4 grammes de chloral. Le sujet présentait encore des alternatives de présence d'esprit absolue et d'ivresse apparente comme la veille. Cet état se prolongea jusqu'au soir, c'est-à-dire vingt-neuf ou trente heures après l'injection de l'anesthésique.

Étant donné que le même sujet avait toléré auparavant 2 centigrammes de cocaïne sans le moindre malaise, il me sembla juste d'incriminer, dans la production de ces accidents, le liquide injecté.

Néanmoins, pensant que le cas pouvait être isolé, que l'état général de mon sujet avait pu être modifié pendant les deux mois séparant les deux anesthésies pratiquées sur lui, je résolus, tout en m'entourant des précautions les plus grandes, de tenter une deuxième expérience.

Un médecin de mes amis vint me prier d'extraire deux dents à sa domestique. Il l'avait auscultée soigneusement : elle n'avait aucune contre-indication à la cocaïne. Après avoir fait l'antisepsie habituelle, j'injectai une seringue d'un centimètre cube du même anesthésique du commerce, provenant du même flacon.

Après les extractions, le sujet se plaignit d'un grand mal de tête, de troubles de la vision et de l'ouïe, de défaillances ; puis commença une période d'ivresse apparente. C'était le même processus que pour l'accident rapporté plus haut, mais moins intense.

Au bout d'un quart d'heure, nous pratiquâmes une injection de caféïne. J'appris ensuite par mon ami que cet état demi-syncopal s'était prolongé pendant trois heures, en diminuant progressivement d'intensité.

Tels sont les deux faits qui m'ont paru dignes d'être relatés. Dans le premier cas, il s'agit d'un sujet ayant préalablement supporté 2 centigrammes de chlorhydrate de

cocaïne sans aucune alerte ; dans le second cas il s'agit d'un sujet ne présentant aucune contre-indication à la cocaïne. Ces deux malades ont présenté des accidents généraux graves avec de très faibles doses d'un anesthésique du commerce.

Je vais essayer de rechercher les causes de ces accidents généraux, en les étudiant surtout sur le premier malade, qui me semble présenter une garantie meilleure, puisque, quelque temps auparavant, il avait supporté, sans malaise, deux centigrammes de cocaïne en solution pharmaceutique.

Je ne crois pas possible d'incriminer la cocaïne, tant à cause de cette anesthésie antérieure, qu'à cause de la dose minime (moins d'un demi-centigramme) injectée dans la deuxième anesthésie.

Nous ne mettrons donc pas en cause la cocaïne elle-même, mais le mélange anesthésique fourni par le commerce. Il nous paraît que les accidents peuvent être imputables soit à la septicité du liquide, soit à son altération, soit à une erreur de dosage, soit à l'intolérance par certains individus de certaines substances contenues dans le mélange anesthésique.

L'accident peut-il être dû à la septicité du liquide? Le mélange anesthésique peut-il devenir septique?

Au premier abord, l'hypothèse semble assez logique, puisque, le liquide destiné à l'injection est livré en flacons fermés par des bouchons de liège.

Il paraît que les flacons sont d'abord lavés à l'eau bouillie puis stérilisés. Le remplissage se fait au moyen d'un tube de caoutchouc stérilisé lui-même, qui enferme complètement le flacon. Celui-ci est obturé ensuite avec des bouchons de choix bouillis, stérilisés et trempés dans une solution de paraffine afin de remplir tous les pores du bouchon, qui réalise ainsi un bouchage hermétique.

Nous pouvons donc admettre que le liquide antiseptique est introduit dans un flacon aseptique fermé par un bouchon aseptique. Ce liquide ne peut-il se contaminer?

La bactériologie va nous répondre : un ensemencement

fait avec le plus grand soin n'a donné aucun résultat pour le liquide en flacons vierges. Nous en déduirons donc que le liquide reste aseptique ou plus exactement que son pouvoir bactéricide suffit à annihiler les germes qui peuvent se produire.

Le pouvoir antiseptique est même tellement intense qu'une analyse bactériologique du liquide pris dans un flacon servant depuis plusieurs jours, ouvert et refermé plusieurs fois, n'a produit aucune culture. La septicité du liquide aurait d'ailleurs donné des accidents locaux, immédiats ou éloignés, et non cet accident de dépression nerveuse que nous avons observée.

S'agit-il d'une erreur de dosage?

J'ai appris que cette solution anesthésique était fabriquée par quantités de 300 litres, suffisant à la consommation de trois ans, tandis qu'un autre renseignement m'a affirmé que la fabrication était faite tous les quinze jours.

Je ne pense pas que l'on puisse croire à une erreur de dosage.

Etant donné la diversité des substances entrant dans la composition du mélange anesthésique et les combinaisons qu'elles peuvent former ensemble ; étant donné, d'autre part, que les propriétés des essences employées varient notablement suivant leur mode d'extraction et de préparation, on peut ici faire une réserve sur la constance absolue des combinaisons produites par ces essences entre elles ou bien en présence de la cocaïne.

Il faudrait en effet admettre que ces essences sont toujours rigoureusement semblables à elles-mêmes, ce qui peut ne pas toujours être vrai. Ces modifications de combinaison correspondraient à une action physiologique différente suivant les séries de flacons.

Les accidents sont-ils imputables à une ou plusieurs substances, qui, outre la cocaïne, entrent dans la composition de la solution anesthésique ?

En d'autres termes, certains individus supportant parfaitement la cocaïne peuvent-ils offrir une contre-indication

aux diverses substances injectées par le mélange anesthésique ? Ces diverses substances destinées soit à stimuler le cœur, soit à exalter le pouvoir anesthésique du liquide ou à en maintenir l'antisepsie, n'offrent-elles en retour aucun danger ?

Ces substances paraissent être la glycérine, l'iode, le thym, l'eucalyptus, la menthe, la baptisie, la gauthérie, l'acide benzo-borique, la trinitrine, l'hydronaptol.

La formule connue est-elle bien exacte ? On a le droit de se le demander, car la complexité même des substances non étudiées donne à ces préparations une allure secrète.

Essayons néanmoins d'esquisser la physiologie possible de l'anesthésie.

Tout d'abord la cocaïne en présence de l'iode ou d'une autre substance peut former une combinaison chimique qui modifiera son action physiologique. D'autre part, quoique contenant moins d'un pour cent de cocaïne, le liquide est annoncé comme possédant une puissance anesthésique correspondant à celle d'une solution de 3 à 4 pour cent de cocaïne. Cette propriété est certainement due aux diverses substances ajoutées.

Si l'on admet que, localement, ces substances agissent dans le même sens que la cocaïne (et cela est rigoureusement exact puisque l'anesthésie existe), ne faut-il pas admettre aussi qu'une fois disséminées dans l'organisme, ces diverses substances agiront également dans le même sens que la cocaïne sur les centres nerveux ? Il semble même que leur degré de diffusibilité dans l'organisme soit plus rapide que celui de la cocaïne, puisque les accidents ont revêtu un caractère de soudaineté.

Je crois que les accidents généraux observés sur mes deux malades, après l'injection de cette solution anesthésique commerciale, doivent être attribués, tant à l'action produite sur les centres nerveux par une ou plusieurs des substances qu'elle contient, qu'à des modifications physiologiques subies par la cocaïne au contact de ces substances.

Ma conclusion sera celle-ci : il ne faut jamais, en

matière d'anesthésie, employer des produits commerciaux, à formule plus ou moins connue, étant donné que nous avons sous la main le moyen de faire usage de solutions pharmaceutiques ou extemporanées, contenant une dose connue de cet excellent agent d'anesthésie locale, la cocaïne, dont la physiologie est parfaitement établie.

L'IMPOT SUR LE REVENU ET LES DENTISTES

Par le Dr Foveau de Courmelles

(*Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 2 février 1904.*)

L'impôt sur le revenu intéresse les professions libérales, médecins ou dentistes qui font aujourd'hui partie, nul ne le conteste, de la grande famille médicale ; aussi quand je dirai ici médecins, faut-il y comprendre les dentistes. Mais parlons d'abord d'un projet inique entre tous, présenté récemment à la tribune de la Chambre des députés par le ministre des Finances. J'en ai dit quelques mots à la séance de juin de la Société médicale des praticiens, pour prendre date ; il mérite, de la part des médecins et des dentistes, toute leur attention, et aussi leur *protestation énergique.* En effet, sauf les cas prévus d'enfants exigeant un local plus vaste, le Ministre veut, non pas mettre un impôt de remplacement, mais ajouter un *Impôt sur le revenu* qui sera calculé sur le loyer, comme si celui-ci n'était pas déjà suffisamment imposé, et, pour lui, ce loyer représente le 1/10, le 1/9, le 1/8 ou le 1/7 au moins du revenu.

N'est-ce pas faux au premier chef pour les médecins et toutes les autres professions dites libérales, à décorum, professions généralement cataloguables sous le nom de « misère en habit noir » ? Toute notre vie, même après le succès — celui-ci, quand il existe, n'étant qu'éphémère en général — il nous faut, et seulement pour vivre, manger enfin, un loyer plutôt élevé, de l'apparat, des frais qui paient de lourds impôts. Notre protestation est à envoyer tout de suite : elle intéresse, il faut le répéter, les médecins, les dentistes, les avocats, les professeurs, certains industriels, et ceux qui ne peuvent avoir de clients ou d'élèves que s'ils ont, en leur appartement, une ou plusieurs pièces parfaitement inutiles pour eux, mais que le client doit voir sous peine de fuir. Ce sont là d'ailleurs pour le prolétariat cérébral sur lequel tout et tous tombent actuellement, car il est le seul

ou à n'avoir pas de syndicat ou à voir souvent ces syndicats négliger ses plus élémentaires intérêts, ce sont là, disons-nous, des vérités banales que clament sans cesse les journaux quotidiens, montrant combien ce prétendu revenu manque de réalité, alors que maints confrères s'asphyxient, mendient ou meurent de misère. Le jeune médecin qui s'installe et n'a aucun revenu a souvent un loyer énorme qu'il paie... en faisant des dettes ou en se privant du nécessaire. Combien d'entre nous, en leurs premières années d'exercice professionnel, sans autres ressources que leur travail ont eu un loyer du tiers de leurs recettes, et avec les deux autres tiers, il fallait payer la bonne — un médecin instruit n'ouvre pas sa porte lui-même aux clients ! — la nourriture, l'habillement, les *impôts* déjà suffisamment élevés, etc. Qu'on ne dise pas que la faute en est aux médecins, qui ne savent pas gagner leur vie, eux qui enseignent l'hygiène qui tue la maladie et leur enlève leurs ressources et dont cependant ils sont les plus ardents ouvriers ; qu'on ne dise pas encore que, seuls, les riches se feront désormais médecins, une démocratie pense peut-être ces choses, mais ne peut les proclamer, d'autant plus que la nôtre, à ses débuts, a favorisé de toutes ses forces l'expansion des professions libérales : bourses, suppression momentanée des droits d'examen, création du P. C. N., tout en maintenant les chaires qui font presque double emploi pour la physique, chimie, histoire naturelle, près les Facultés de Médecine, alors que les Écoles dentaires savent et peuvent vivre de leurs propres ressources, sans grever le budget.

Sera-ce encore de l'égalité que d'estimer le revenu du médecin à son loyer, alors que l'artiste faisant des tournées peut gagner des sommes énormes en ayant juste un modeste pied-à-terre ? Et les gens qui aiment leur intérieur, y sacrifient tout, faut-il les faire aller au café ?

Malgré l'apparent paradoxe qu'il y a à soutenir que le médecin gagne moins dans les grandes villes, à quelques exceptions près, c'est l'absolue vérité ; là, son loyer et ses frais d'apparat sont très considérables et son revenu n'est

nullement dix ou même sept fois le montant de son loyer, d'ailleurs très élevé. En province, à la campagne, il en peut être ainsi, mais il s'en faut qu'il en soit de même à Paris par exemple. D'autre part, la loi devant se refuser probablement à faire ces distinctions et, en somme, l'impôt sur le revenu existant en réalité, puisque la patente porte sur le loyer, le loyer véritable instrument de travail pour nous, il y a lieu de protester énergiquement contre tout impôt nouveau et surtout sur le mode de perception proposé : les professions dites libérales devant sacrifier la majeure partie de leurs ressources à leur loyer, alors que les artistes, les représentants de commerce, peuvent gagner énormément et n'avoir qu'un loyer insignifiant, vivant peu ou point chez eux. Donner ces rapides raisons au ministre des Finances et à nos mandataires aux Chambres sera certainement faire abandonner un projet qui, en ce qui nous concerne, serait une monstrueuse inégalité et par suite une iniquité et une ruine.

L'impôt sur le revenu pur et simple, impôt sur le travail, n'est pas plus logique. N'existe-t-il pas par la patente sur le loyer, qui porte, chez le médecin et le dentiste, sur l'habitation et le local de profession ? Si l'industriel, le commerçant est taxé d'après son loyer d'habitation, il faut défalquer du loyer du médecin ce qui sert à son industrie ; il faudrait demander cela pour l'impôt sur le revenu basé sur l'habitation. Il est bon d'appeler l'attention des législateurs sur ce point.

En dehors de cette communication, le *Journal des Praticiens* a mentionné une visite du Dr Huchard en audience particulière au Ministre, d'un charmant accueil. C'est un commencement.

En outre, un ancien avoué, M. Bertrand a pu, pour cette année, faire maintenir le 1/12 et le 1/15 pour la patente des médecins et des dentistes au lieu des 1/10 et 1/12 que l'on voulait instituer, sur la proposition de M. Rabier, député d'Orléans, président de la commission des patentes. Cette augmentation de nos charges passait sans M. Bertrand, à qui nous devons nos remerciements.

En ce qui concerne l'impôt sur le revenu et le soi-disant secret professionnel des employés de l'État ou des Villes, qu'on me permette de citer un fait qui s'est dénoué en police correctionnelle. Dans une ville normande, en 1903, un médecin se présente pour déclarer, comme le permet la loi, un enfant, né de père et mère inconnus ; l'employé refuse, injurie le médecin, lève la main sur lui et... reçoit un bon coup de poing qui lui poche l'œil, puis trois jours après, l'ordre du procureur d'enregistrer la naissance... Donc, quand nos revenus baisseront et que nous les ferons dégrever, tout le monde le saura et les revenus de baisser plus encore. Quelles bonnes petites vengeances insoupçonnées pourront ainsi s'exercer contre les ennemis particuliers, les malvotants !... Encore cela, en supposant le régime le moins vexatoire, celui de la déclaration. Que sera-ce donc si on venait à l'inquisition !

L'esprit français n'est pas fait, n'est pas mûr dans tous les cas, pour ces procédés d'impôts. Que l'Etat diminue ses charges et il n'aura pas à augmenter les nôtres. Dans tous les cas, c'est à nous, médecins et dentistes, à nous défendre avant l'événement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

SECTION D'ODONTOLOGIE



SESSION D'ANGERS

Séance du mercredi 5 août 1903, matin.

Présidence de M. DELAIR, président.

M. Delair ouvre la séance, assisté des membres du bureau local : MM. Bassereau, président d'honneur, Sicard, président, Coignard et Monick, vice-présidents, Vichot (d'Angers), secrétaire général et Hamarch, secrétaire-adjoint.

Il prononce le discours suivant :

Messieurs et chers confrères,

A Montauban, vous m'avez fait, l'an dernier, l'honneur de me confier la tâche d'organiser et de présider votre Congrès d'Angers. Je vous en remercie aujourd'hui bien sincèrement. Laissez-moi penser qu'en portant vos suffrages sur mon nom vous avez voulu prouver que vous ne faisiez aucune distinction entre les chirurgiens-dentistes de la capitale et ceux de la province, dont les origines et les études sont identiques et qui, au même titre, concourent au progrès de notre art. Si en effet le champ d'études du praticien de province est plus restreint, il est incontestable que, lorsqu'il aime son art, il s'acharne à sa tâche avec d'autant plus d'opiniâtreté et de persévérance qu'il est moins distrait et moins détourné de son travail. Au contraire, son confrère de la capitale a plus de facilités, plus de matières d'étude à sa

portée, il est vrai, mais n'a-t-il pas mille occasions qui le tentent, mille tentations qui l'éloignent de son but ? Aussi son mérite est-il grand lorsque son cerveau surexcité peut produire une œuvre utile à ses semblables et à sa profession.

En plaçant à votre tête pour cette session un praticien, vous avez voulu montrer au monde dentaire que, sans distinction d'origine et de diplôme, vous jugez digne de diriger vos travaux quiconque a, selon vous, l'amour de notre art, de notre science et du travail.

A ceux qui dans un but que je ne puis pas définir s'efforcent de faire prévaloir cet axiome qu'il suffit d'être docteur en médecine pour devenir ipso facto chirurgien-dentiste sans études spéciales, vous avez voulu répondre par cet autre : le parchemin ne fait pas le praticien. Et je vous félicite de cette pensée.

Toutes les écoles dentaires du monde représentées au Congrès de Madrid, à la Fédération dentaire internationale, ont adopté en principe le même programme d'enseignement, et dans ce programme une large part est faite à l'enseignement pratique. Selon elles, le dentiste doit être un praticien adroit autant qu'un homme de savoir, et j'ai plaisir à voir parmi vous beaucoup de confrères habiles en dentisterie et en prothèse, des techniciens en un mot, passionnés pour l'étude des sciences, médicales ou autres. N'étaient-ce pas des techniciens qui en 1879, répondant à l'appel de leur chef d'élection Godon, réunissant leurs efforts, leurs aptitudes, leurs ressources, fondèrent en France la première école technique, l'École dentaire de Paris, qui, aujourd'hui, après vingt-trois années de succès toujours croissants, rivalise, et de leur propre aveu, avec les premières écoles dentaires d'Amérique et de l'ancien monde ?

N'étaient-ce pas encore des techniciens devenus officiellement, depuis la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, les chirurgiens-dentistes d'aujourd'hui, qui, avec notre regretté Dubois à leur tête, reconnurent la nécessité de se grouper dans un but scientifique, afin d'arriver à imposer à tous le respect et la considération refusés souvent jusqu'alors à leur profession ? De là l'idée du premier Congrès dentaire national tenu à Bordeaux en août 1895, ensuite à Nancy en 1896, à Paris en 1897, à Lyon en 1898, puis après deux années, non pas de repos, mais de gestation, dans le but de le rendre plus brillant et plus fécond, le Congrès international de Paris en 1900, où 1200 chirurgiens-dentistes du monde entier vinrent apporter le résumé de leurs études et parfois les travaux de toute leur carrière pour le plus grand bien de l'humanité et de la profession.

A ce Congrès de Bordeaux fut émis le vœu que chaque année, désormais, tantôt dans une ville, tantôt dans une autre, pussent se réunir les confrères de toutes les régions de France désirant échanger entre eux leurs idées sur des questions de science odontologique, d'hygiène,

d'enseignement, comme cela eut lieu en 1895, 96, 97, 98. Sur les instances de notre ami le D[r] Godon, toujours prêt à mettre sa haute influence et ses éminentes relations au service de notre chère profession, l'Association française pour l'avancement des sciences, sollicitée pour cela par M. le professeur Gariel, membre de l'Académie de médecine et secrétaire général de cette association, voulut bien nous juger dignes de participer avec elle, comme le dit son titre : A l'avancement des sciences. Et cette savante société, sur la liste d'adhérents de laquelle nous trouvons les noms des plus illustres savants dont s'honore notre belle France, nous facilite ainsi nos réunions annuelles, mais à titre seulement de sous-section ; d'après ses statuts, et ils sont justes, il faut avoir fait preuve, pendant quelques années, de vitalité professionnelle, de persévérance au travail pour être élevé à l'honneur d'être proclamé Section.

Depuis trois ans nous nous efforçons de travailler dans ce but. Nombre des nôtres ont, selon leurs aptitudes, apporté à Ajaccio, à Montauban, leurs travaux, leurs observations sur toutes les branches des sciences se rapportant à l'art dentaire ; vous allez maintenant à Angers, par des communications encore plus nombreuses, prouver au monde savant que, vous aussi, vous pouvez par l'étude et le travail concourir aux progrès de la science. L'Association française pour l'avancement des sciences saura le reconnaître ; et plus nombreux encore à Grenoble, l'an prochain, où je vous invite tous à vous rendre, vous voudrez désormais chaque année participer au labeur et au succès de votre groupe. Grâce en effet aux statuts de l'A. F. A. S., votre vingtième section reste maîtresse de ses destinées, de son bureau, de son ordre du jour. Comme cela vient d'être proclamé au Congrès des sciences médicales de Madrid en avril dernier, votre Section d'Odontologie ne peut être autre qu'une section spéciale ; elle restera donc au milieu de l'A. F. A. S. à laquelle elle a lié désormais sa destinée, une section autonome.

Sans pour cela délaisser les questions techniques de dentisterie appliquée et de prothèse, sans lesquelles l'art dentaire en général ne serait plus qu'une des branches des sciences médicales, vous allez maintenant, exposer vos connaissances, vos nouvelles méthodes, vos observations sur la pathologie, la thérapeutique, l'anatomie, la clinique dentaires et l'anesthésie, puis les présentations d'appareils imaginés et adaptés par nombre d'entre vous seront des leçons de choses très profitables à tous. Enfin, les démonstrations pratiques qui eurent un grand succès l'an dernier à Montauban et dont notre ami, le D[r] Sauvez, président de la 20[e] section, avait pris l'initiative, vous intéresseront tous au plus haut point, j'en suis certain.

Il me reste, messieurs et chers confrères, à vous remercier d'avoir répondu en si grand nombre à mon appel ; la liste de vos communica-

tions est longue ; je vous en félicite, car, connaissant la valeur des orateurs inscrits, je puis dès maintenant vous dire qu'elles seront des plus fructueuses pour notre profession, des plus profitables au progrès de notre art.

Donc au travail pour l'avancement de la science.

M. Vichot communique une lettre d'excuses de M. Rolland et des lettres de l'Association odontologique de Bordeaux et de l'Association odontotechnique, désignant pour délégués, la première M. Pinèdre, la deuxième MM. Siffre et Page.

I. — Enseignement préparatoire des étudiants en chirurgie dentaire comme 1re année dans les écoles dentaires ou P. C. N. dentaire.

M. Godon donne lecture d'une communication sur ce sujet. (V. *L'Odontologie,* n° du 30 novembre 1903.)

Discussion.

M. Page donne lecture, au nom de M. Hivert, des observations suivantes :

Je ne veux pas revenir sur l'organisation actuelle de nos Écoles dentaires pas plus que sur la loi qui régit actuellement la médecine en France ; je dirai seulement en passant, que si les officiers de santé, créés par Bonaparte, ont mis une centaine d'années à disparaître, j'ai peur que la longévité de nos chirurgiens-dentistes ne soit plus courte, en tant qu'institution s'entend. Jusqu'à ce jour l'Etat s'est déchargé sur nous du soin de donner l'instruction complète aux futurs dentistes. Or, cette instruction est vaste si l'on en juge par les questions posées aux élèves à la Faculté de médecine, et le programme peut être étendu à l'infini selon le bon plaisir des examinateurs, personne ne sachant exactement où commence le questionnaire et où il finit. Le futur dentiste subit un premier examen sur l'anatomie et la physiologie, mais elle est vaste l'anatomie, le second sur la pathologie, et Dieu sait ce qu'elle renferme ! Il y a ensuite l'histologie, la bactériologie, la matière médicale, la thérapeutique, etc., etc.

Enfin vient un dernier examen, le seul qui intéresse la profession proprement dite et que voyons-nous ? On peut le dire, un simulacre d'examen, qui ne révélera qu'imparfaitement la valeur du candidat au point de vue professionnel. Je n'insiste pas et je pense que personne ne viendra contrecarrer mon opinion. Il saute aux yeux qu'à la partie théorique est sacrifiée la partie pratique, et pourtant la dentisterie opératoire et la prothèse sont au dentiste ce que l'obstétrique est à l'accoucheur, l'oculistique à l'oculiste. La chirurgie dentaire est une branche de la médecine, c'est entendu ; mais il y a une réalité qu'il importe de faire ressortir pour rester dans la réalité des faits et envisager la question qui nous occupe sous son véritable aspect. Je le répète, c'est une spécialité médicale, mais c'est une spécialité d'ordre tout particulier qui exige un savoir technique et une dextérité manuelle indispensables.

La question qui se pose est celle-ci : Quelle place cet enseignement technique doit-il occuper dans l'enseignement dentaire ? C'est là que commencent les difficultés d'interprétation et le désaccord. Les uns considèrent l'enseignement technique comme tout à fait secondaire, voulant que l'enseignement médical et scientifique occupe le premier rang ; les autres pensent tout autrement. Ce n'est certes pas la loi de 1892 qui mettra d'accord les dissidents. Cette loi, en effet, en instituant un diplôme officiel, est loin d'avoir tranché la question.

Les deux premiers examens sont tout à fait d'ordre médical, le troisième seul s'intéresse un peu à la partie technique de notre art. Il en résulte, ce qui était à prévoir, que nos étudiants, en prévision des examens purement médicaux qu'ils ont à subir à la Faculté, se désintéressent de plus en plus de la partie pratique pour ne s'occuper que de la science médicale qui est exigée pour le diplôme d'Etat. Cette fausse situation ne laisse pas de créer à notre corps enseignant, si plein de zèle pourtant, de grandes difficultés pour triompher de cette espèce d'inertie qui est le fait de cette malheureuse loi de 1892, loi boiteuse et mal assise. De ce fâcheux état de choses il résulte infailliblement un abaissement marqué du niveau des études dentaires sans compensation appréciable pour les études médicales.

Peut-on remédier à cette situation ? Assurément, si les pouvoirs publics veulent bien étudier la question de près. C'est notre devoir de les éclairer ; mais, pour arriver à ce but, il est au moins nécessaire de nous entendre tous. Tout le monde est d'accord sur un premier point, celui d'exiger des futurs dentistes un minimum de connaissances médicales absolument nécessaire pour pouvoir étudier avec fruit l'art dentaire. Mais le désaccord existe lorsqu'il s'agit de savoir où cet enseignement doit être donné. Il me semble pourtant qu'il n'y a pas d'hésitation possible à ce sujet. L'enseignement ne doit-il pas être donné là où l'on enseigne la médecine, c'est-à-dire dans les Facultés et écoles de médecine qui seront toujours plus compétentes et mieux outillées que nous pour donner cet enseignement ? Quant au programme des matières à enseigner, il ne me paraît pas que ce soit impossible à établir.

L'Université, du reste, semble nous avoir marqué la voie en admettant aux examens de chirurgien-dentiste, avec dispense du premier de ces examens, les aspirants au doctorat en médecine pourvus de douze inscriptions qui justifient d'une année de stage dans un service dentaire hospitalier. Nous retenons volontiers les trois années de médecine pour en détacher un programme minimum pour les élèves, mais pour le stage hospitalier, c'est plutôt maigre et je ne vois pas bien ce que pourra apprendre en un temps si court l'étudiant qui veut être dentiste. J'estime, et mes confrères diront de même, que ce bagage de connaissances pratiques se bornant presque exclusivement à l'extraction est complètement insuffisant pour pouvoir exercer l'art dentaire avec quelque autorité. Le gouvernement aurait été mieux inspiré en décrétant que ce stage soit fait dans nos écoles dentaires, devenues *Ecoles d'application*. En conséquence, nous voudrions que l'élève suivît pendant un ou deux ans (durée à fixer) les cours d'une Faculté ou Ecole de médecine ; qu'à la suite de ces études il subît un examen qui

lui permît alors d'entrer dans nos écoles. Ce serait le P. C. N. dentaire.

En suivant les cours de médecine, l'élève pourrait s'initier aux travaux pratiques de prothèse et de mécanique dentaires qui lui seront d'une utilité incontestable. Débarrassé de ses études médicales, dont il ne saurait maintenant se passer, l'élève viendrait prendre sa première inscription dans nos écoles, où pendant trois ans il n'aurait à s'occuper que de dentisterie opératoire (sur fantômes en 1re. année), de pathologie, de thérapeutique dentaire, de prothèse et de clinique, etc.

L'Etat, du reste, a bien compris que les études du dentiste étaient doubles, donnant implicitement une certaine importance aux études pratiques, puisqu'il exige de nos élèves trois ans de stage dans nos établissements professionnels. Mieux renseigné dans la suite, il est permis d'espérer qu'il fera droit à nos réclamations, en nous laissant exclusivement la tâche de faire des dentistes et rien que cela, la partie médicale ayant été complètement détachée de notre enseignement et ayant précédé l'entrée dans nos Ecoles. Il y aurait avantage sous tous les rapports, surtout au point de vue du relèvement de la technique opératoire. Les malades d'autre part, qui fréquentent nos cliniques chaque jour en grand nombre, n'auront qu'à se réjouir de cette nouvelle organisation (si tant est que l'on puisse parler de réjouissance lorsqu'on a la perspective de se faire extraire une dent). En tout cas, il n'est pas contestable que nos élèves, ayant déjà des connaissances générales en médecine, seront plus à même de soigner leurs patients et ce sera justice. Car, comme le disait notre ami le Dr Queudot : « Nous sommes les partisans convaincus de cette loi vraiment humanitaire qui ne permet l'exercice de l'art de guérir qu'à ceux qui ont préalablement acquis les notions scientifiques sur lesquelles repose cet art. » Ceci obtenu, l'organisation des études professionnelles, dont l'Etat pourrait vérifier la valeur, se ferait avec facilité.

M. Page. — Je m'associe aux idées de M. Hivert et j'estime que, plus nous demanderons aux futurs élèves de nos écoles, plus ils nous offriront de garantie pour tirer le plus grand profit de l'enseignement qui leur sera donné dans nos écoles. Je ne veux pas dire que l'enseignement actuel de la physique, la chimie, l'anatomie, la pathologie, la thérapeutique, etc., tel qu'il existe dans nos écoles, est défectueux ; je voudrais que les trois examens demandés aux candidats chirurgiens-dentistes n'eussent pas lieu à la fin de la 12e inscription, mais qu'ils fussent répartis pendant la scolarité et que les candidats, après avoir satisfait aux deux premiers examens, pussent se livrer entièrement aux travaux pratiques de dentisterie opératoire et de prothèse pour satisfaire à la dernière épreuve en vue du diplôme de chirurgien-dentiste.

M. Sauvez. — J'admets que cette opinion ait pu être émise, il y a quelques années, mais, par suite de l'évolution professionnelle, on tend de plus en plus à s'en éloigner.

J'approuve le projet présenté par M. Godon et je vous signale l'importance de fixer un programme de façon à pouvoir renseigner les futurs étudiants en vue des études universitaires à leur faire suivre.

M. Roy. — J'appuie les conclusions de M. Godon et j'appelle votre

attention sur la netteté et la clarté de l'enseignement préparatoire actuel par rapport à l'état de choses ancien, lorsque les étudiants avaient une pratique manuelle avant d'entreprendre les études spéciales, tandis qu'aujourd'hui ils n'ont qu'une instruction universitaire sans expérience pratique et manuelle.

Rappelez-vous les objections qui ont été faites aux écoles en leur disant qu'elles n'avaient pas le droit de confier des malades à leurs élèves.

Je demande que l'enseignement médical et technique soit donné intégralement dans les écoles dentaires.

M. Martinier. — Depuis cinq ou six ans on nous fait dans les différentes assemblées professionnelles — congrès ou réunions de groupements — la même proposition sous des formes plus ou moins diverses, autrefois au nom de MM. Queudot et Siffre, aujourd'hui au nom de M. Hivert.

Cependant cette question primordiale de l'autonomie absolue des études dentaires a été tranchée chaque fois en faveur de l'état de choses existant. M. Godon vient encore une fois de vous faire adopter le programme étudié et expérimenté qui, d'après nous, doit donner les meilleurs résultats et permettre de réaliser notre idéal avec les moyens que nous fournit la loi de 1892. La question est là tout entière et nous ne devons pas, à mon avis, sortir des limites de la question nettement posée par M. Godon.

M. Pont. — Je remercie M. Godon de sa communication. Je vous propose de ne délivrer la 1re inscription qu'après l'année préparatoire. A l'Ecole dentaire de Lyon, par exemple, nous n'admettons que quinze élèves par an ; s'il y en a plus de quinze, les autres sont considérés comme étudiants de prothèse préparatoire. En dentisterie opératoire l'enseignement est donné la 1re année sur le fantôme. Comme enseignement scientifique nous avons les conférences faites entre étudiants à l'instar de celles qui sont faites entre les internes et les externes des hôpitaux de Lyon.

M. Siffre. — Je suis très heureux que notre confrère Hivert, tant comme directeur d'école dentaire que comme chirurgien-dentiste, vienne soutenir ce que j'ai soutenu depuis 1897 au Congrès de Lyon. Il est bon que ce ne soient pas toujours les docteurs en médecine qui chantent la chanson humoristique de l'enseignement médical par les écoles de médecine de l'Etat.

M. Godon. — Le certificat du P. C. N. créé pour les étudiants en médecine ne saurait convenir aux étudiants en chirurgie dentaire comme enseignement préparatoire avant l'entrée dans les écoles dentaires, parce qu'il est trop scientifique et qu'il ne contient pas d'enseignement manuel suffisant.

Le stage chez le dentiste ou apprentissage est actuellement à peu près abandonné comme ne répondant pas actuellement au programme de l'enseignement préparatoire nécessaire à l'élève en chirurgie dentaire.

Ce programme ne pourrait trouver satisfaction que dans des écoles spéciales de technologie comme celle qui avait été créée à Londres par M. Cunningham. Comme ces écoles n'existent pas en France, il y a lieu

de créer un P. C. N. spécial pour les dentistes, ou P. C. N. dentaire, recevant son application dans la première année de cours des Ecoles dentaires qui ont une scolarité de quatre années ; les deuxième et troisième années seraient consacrées plus spécialement à la préparation au diplôme d'Etat et la quatrième année serait considérée comme une année de perfectionnement technique.

Ce programme du P. C. N. dentaire comprend :

1° Une partie scientifique théorique et pratique (physique et mécanique appliquées, chimie et métallurgie appliquée; anatomie et physiologie, exercices pratiques, dissection sur le chien, etc. (Communication de M. Julien);

2° Une partie technique théorique et pratique. Cours théoriques, éléments d'anatomie, de pathologie, de thérapeutique dentaires, dentisterie opératoire et de prothèse.

Cours pratiques :

1° Exercices pratiques de dentisterie opératoire sur l'appareil fantôme ;

2° Exercices pratiques de prothèse (dessin, modelages, travaux pratiques sur le bois, le fer, les métaux précieux et exercices élémentaires de prothèse).

Ce cours préparatoire offre en outre l'avantage de ne confier des malades aux élèves que lorsqu'ils possèdent des notions suffisantes pour opérer sans danger.

L'enseignement préliminaire répond actuellement au vœu du Congrès de 1900 (littéraire, scientifique et technique), soit avec le certificat d'études primaires supérieures ou le certificat d'études secondaires obtenus à 16 ans et complété par 1 ou 2 ans de stage, soit chez le dentiste à titre transitoire, soit chez des techniciens d'ordre divers (menuisier, serrurier, bijoutier, etc.), soit avec le baccalauréat nouveau, sciences, langues vivantes, complété par l'enseignement manuel en voie d'organisation dans les lycées (Rapport Liard) ; ce baccalauréat est obtenu à 18 ans. Nous proposons d'émettre un vœu en faveur de ce nouvel enseignement manuel dans les lycées.

Je dépose le vœu suivant :

La Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences, dans sa séance du 5 août 1903, session d'Angers ;

Considérant : 1° que M. le Recteur de l'Académie de Paris vient de déposer au Conseil supérieur de l'instruction publique un rapport tendant à l'organisation du travail manuel dans les lycées et collèges ;

2° Que les études dentaires nécessitent de la part de l'étudiant en dentisterie un grand développement de son habileté manuelle qui ne saurait être commencé de trop bonne heure ;

3° Qu'un enseignement artistique et manuel a été constamment réclamé dans le programme des études préliminaires de l'étudiant en dentisterie (voir vœu n° 7 du Congrès dentaire international de Paris, 1900) ;

Félicite M. le Recteur de l'Université de Paris d'avoir proposé d'adjoindre un programme d'enseignement manuel au programme d'enseignement secondaire ;

Emet le vœu que cet enseignement manuel soit organisé le plus tôt

possible dans les lycées et collèges et que l'attention des jeunes gens qui se destinent aux études dentaires soit appelée sur l'utilité plus spéciale pour eux de cet enseignement manuel ;

Prie M. le Président de l'A. F. A. S. de transmettre le présent ordre du jour à M. Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris.

Le principe du vœu, mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

M. Delair félicite M. Godon de sa proposition et fait l'éloge de son œuvre depuis 25 ans. (*Applaudissements.*)

Vu l'absence de M. Rolland, il est décidé de remplacer sa communication sur le somnoforme par celle de M. Alexis Julien.

II. — Enseignement pratique de l'anatomie aux étudiants en chirurgie dentaire.

M. Julien donne lecture de cette communication. (V. *L'Odontologie,* p. 321, n° du 30 septembre 1903.)

Discussion.

M. Sauvez appuie les conclusions de M. Julien en faisant ressortir la valeur de l'enseignement anatomique à l'École dentaire.

M. Julien.— Nos élèves ont pu disséquer sans inconvénient les pièces injectées au formol; mais il est dangereux de manier des organes ayant baigné dans le liquide.

Autrefois les étudiants en médecine étaient interrogés deux fois sur l'anatomie après la 8e inscription (4e actuelle) et après la 16e, c'est-à-dire à la fin de leurs études. Depuis vingt-cinq ans environ, ils ne passent plus qu'un seul examen d'anatomie, après la 6e inscription. Ce nouveau régime a donné des résultats déplorables, que toutes les Ecoles et Facultés ont constatés depuis longtemps. Seul, le nombre trop considérable (près de 6.000) des étudiants de la Faculté de Paris a empêché le retour à l'ancien régime. Mais ce nombre, qui est aujourd'hui descendu à 2.100, sera encore diminué par la prochaine loi du service de deux ans, et l'on pourra bientôt revenir à un régime reconnu absolument supérieur.

Nos Ecoles auraient tort de demander un régime analogue à celui qu'une expérience de vingt-cinq ans a formellement condamné. Il importe donc essentiellement que les élèves en chirurgie dentaire continuent à n'être interrogés sur l'anatomie qu'à la fin de leur 3e année d'études.

M. Martinier. — La communication de M. Julien, ainsi que l'a fait observer M. Sauvez, fait ressortir avec intensité l'argument qu'il vient de développer. J'y ajoute la considération qui en découle au point de vue de l'enseignement de l'anatomie dans les écoles. C'est que l'autonomie de notre enseignement permet seule de formuler un programme aussi défini et aussi complet au point de vue des connaissances que doivent posséder les chirurgiens-dentistes en anatomie. Les autres branches des études médicales peuvent également être ainsi délimitées sous le rapport de l'enseignement et des connaissances que nous jugeons indispensables.

M. d'Argent. — Il y a un an, à la réunion de la Fédération dentaire nationale, où il était discuté sur l'opportunité du rattachement de la

partie purement médicale des études dentaires aux Facultés de médecine, j'ai soutenu que l'objectif des Écoles dentaires devait tendre à réunir sous un même toit, *l'École dentaire*, toutes les études susceptibles de former le dentiste complet.

On m'avait objecté que certains obstacles se dressaient contre mes desiderata, et notamment la question de dissection, qui nous rendrait toujours tributaires de la Faculté de médecine ou, tout au moins, des laboratoires de dissection de l'Assistance publique, et j'avais cru devoir répondre que, l'autorité académique ayant imposé aux Écoles dentaires l'obligation de posséder un laboratoire de dissection et un local réservé aux examens histologiques et micrographiques, il me semblait, au contraire, qu'elle les avait jugées aptes à diriger ces études et ces travaux, et que, à mon point de vue, ce n'était qu'une question de ressources financières et d'organisation.

A moins d'un an de distance, ce qui témoigne du développement rapide de nos idées et de notre vitalité professionnelle, ce que j'indiquais comme un vœu est magistralement organisé, résolu, grâce aux larges vues de l'École dentaire de Paris et au dévouement de notre savant et distingué professeur M. Julien. Vous comprendrez tous que je sois le premier à le féliciter de l'éminent service qu'il nous a rendu. Je souhaite vivement que le mouvement soit étendu à toutes les autres branches médicales dont nous sommes tributaires et réalise complètement les idées que j'ai soutenues et qui sont au fond du cœur de tous ceux qui ont fait de l'art dentaire leur objectif le plus cher.

M. Roy forme le vœu que l'enseignement anatomique soit complété par la dissection sur la tête humaine.

M. Siffre. — Je félicite M. Julien de l'organisation de l'enseignement pratique de l'anatomie qu'il vient d'opérer sur l'active initiative de M. Godon. Le nom de ces deux confrères en dit assez pour qu'il soit inutile d'ajouter que ce qu'ils entreprendront sera mené à bonne fin au grand profit des élèves.

M. Delair adresse ses félicitations à M. Julien et le remercie de l'appui moral et pratique qu'il a apporté à la profession et qu'il continue à donner d'une façon si dévouée.

III. — Élection du bureau.

Il est procédé à l'élection de deux vice-présidents et d'un secrétaire général pour compléter le bureau.

Le scrutin donne les résultats suivants :

Votants	24
Suffrages exprimés	24
Majorité absolue	13

Ont obtenu pour la vice-présidence :

MM. Pont	21	voix,	élu.
Bouvet	16	—	—
Coignard	4	—	
Sicard	2	—	

Picamal, Vichot (de Lyon), Bassereau, Monick et Siffre chacun une voix.

M. Vichot (de Lyon) est élu secrétaire général.

M. Vichot (d'Angers) est élu secrétaire adjoint.

La séance est levée à midi.

Le Secrétaire général,
VICHOT.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an, Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÉPHONE 294.47.**

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

Clin et Cie (*Produits pharmaceutiques, Adrénaline, Tubes stérilisés à tous médicaments*), 20, rue Fossés-St-Jacques, PARIS. **TÉLEPHONE 806.37 — 815.84.**

J. Fanguet, Georges Clotte, sr (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Enghien, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**

A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

Alfred Joliot (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

L. Mairlot (*Fourn gén.*), 24, place Ste-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

Mamelzer et fils (*Man. dent.*), 40, r. Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉL. 306.77.**

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) **TÉLÉPHONE 312.91.**
22, rue Le Peletier, PARIS.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

L. Riasse (*Agent de la Consolidated D. M. Co*), 97, rue Montmartre, PARIS, **TÉLÉPHONE 283.75.**

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société coopér. des dent. de Fr., 45, r. de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPH. 223.04.**

Société Française de Fournitures Dentaires.
58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris
TÉLÉPHONE 214-47.
Adr. télég. : Sociédents.
Grande expo ition, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Vve J. Wirth (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPH. 923.43.**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

QUESTIONS POSÉES AUX EXAMENS DE CHIRURGIENS-DENTISTES

Troisième examen.

M. Aguilhon de Sarran.

Anomalies dentaires. — Décrivez-moi l'appareil de Gaillard. — Accidents de l'extraction.

Faites un pansement calmant. — Comment préparez-vous une racine pour poser une dent à pivot ? — Complications du 4e degré.

Fluxion.

Préparation de cavités pour aurifications. — Dents à pivot. — Gingivite ulcéreuse.

Accidents de la dent de sagesse.

M. Auvray.

Parlez-moi des sinusites.

» » accidents de la dent de sagesse.

Formulez une solution de cocaïne pour avulsion dentaire.

Nommez-moi les différentes périostites.

M. Brochard.

Périostite. — Polyarthrite. — Accidents de l'extraction. — Hémorragie. — Fractures.

Emploi du thermo-cautère. — Traitement des caries pénétrantes. — Paralysie faciale. — Troubles trophiques. — Noma. — A quel âge est-il le plus fréquent ?

Luxation des dents. — A quel âge les dents sont-elles le plus fragiles ?

Parlez-moi du malade que vous avez examiné.

Expliquez la formation de la dentine secondaire. — Comment et pourquoi se forme-t-elle ?

Traitement d'une carie sèche (Ne pas y toucher).

Formation du tartre. — Pourquoi y en a-t-il d'un côté et pas de l'autre ? — Pourquoi y en a-t-il plus sur les dents de six ans supérieures ?

M. Cruet.

Pourquoi votre malade est-il venu à l'hôpital ? — Avez-vous remarqué comment il mord ? — Parlez-moi de l'usure des dents.

Faites une formule de pansement calmant pour mettre dans une dent ?

Parlez-moi des nécroses. — Y a-t-il suppuration ?

Qu'appelez-vous second degré et comment le traitez-vous ?

Comment traitez-vous les caries pénétrantes ? — Avec quoi peut-on les obturer ?

Connaissez-vous les dents à tube et comment se soudent-elles ?

Faites-moi une formule de poudre dentrifrice qui soit alcaline et anti septique.

Que savez-vous des liserés des dents? — Quel est le plus fréquent? — Par quoi est-il produit? — Avec quoi peut-on le confondre?

Parlez-moi de la clef de Garengeot. — Quelles en sont les différentes parties? — Pour quelles dents l'employez-vous? — Comment la placez-vous?

Donnez-moi la formule d'un liquide antiseptique pour la bouche.

Anomalies des dents. — Anomalies de l'émail. — Anomalies de l'ivoire.

Qu'est-ce que l'érosion? — Parlez-moi de la dent d'Hutchinson.

Tumeurs de la pulpe.

Formule d'eau dentifrice.

Que faites-vous pour le traitement du 4e degré?

Combinez un appareil de redressement.

Traitement de la pyorrhée. — Traitement de la gingivite mercurielle.

Comment prenez-vous l'articulation d'un appareil complet?

Donnez-moi une formule d'amalgame. — Donnez-moi une formule de gutta. — Donnez-moi une formule de ciment.

Hémorragie. — Traitement.

Extraction de la dent de six ans au point de vue du redressement.

Anomalies de nombre, de volume, de direction.

Doit-on faire le redressement immédiatement, ou doit-on attendre?

Qu'est-ce qui amène la formation du tartre?

M. Cunéo.

Parlez-moi des accidents de la dent de sagesse. — Traitement des sinusites maxillaires.

Appareils pour fractures du maxillaire inférieur.

Comment fait-on pour prendre l'empreinte?

Décrivez-moi l'appareil de Kingsley, celui de Martin.

Tumeurs malignes des mâchoires. — Qu'est-ce qu'un odontome?

Prothèse immédiate. — Son but.

M. Ferrier.

Redressements.

Névralgie faciale. — Avec quoi peut-on la confondre?

Périostite.

Traitement des différentes caries.

Tartre. — Gingivites.

Solution antiseptique.

Conseils à donner au malade pour sa bouche en mauvais état.

Comment faites-vous un nettoyage? — Faites-moi une formule d'amalgame.

Traitement du 3e degré. — Application de l'acide arsénieux.

En combien de séances soignez-vous un second degré?

Abcès. — Kystes radiculaires.

M. Gaillard.

Commment confectionnez-vous un appareil en métal? — Commencez à la prise de l'empreinte.

Pourquoi emploie-t-on du zinc et du plomb plutôt que d'autres métaux ?

A quel titre est l'or que vous employez ?

Comment dérochez-vous votre pièce et dans quel récipient mettez-vous de l'acide chlorhydrique ? — Dans quel cas employez-vous de l'or rouge ? — Quelle est sa composition ?

Qu'est-ce que le celluloïd, quelle est sa composition ?

Qu'est-ce que le caoutchouc, quelle est sa composition ?

Des différents métaux employés à la confection des appareils ?

Comment prépare-t-on l'or non cohésif pour les aurifications ?

Dans quelle salive (acide ou alcaline) s'altère-t-il ?

Quel est l'or employé pour la confection des appareils ? — Est-ce de l'or pur ou y a-t-il de l'alliage ?

Comment confectionnez-vous un appareil à dents à tubes ?

Quels sont les inconvénients du celluloïd ? — Pourquoi est-il abandonné aujourd'hui ?

Confection d'un bridge.

Quelle est la composition du ciment ?

Comment faites-vous une dent à pivot ?

Comment préparez-vous une cavité pour faire un or adhésif ? — Dans la préparation de l'or, quelle différence y a-t-il entre l'or adhésif et l'or mou ?

Donnez-moi les proportions pour 100 grammes d'or.

La soudure. — Quelle est sa composition ?

Dans quelle bouche emploie-t-on le caoutchouc ?

Dans quelle bouche emploie-t-on l'or ?

Le celluloïd peut-il se réparer ?

M. Gley.

Névralgie dentaire. — Abcès dentaire. — Épulis.

Ostéopériostite. — Ulcère de la langue. — La syphilis, 1re, 2e et 3e périodes.

M. Gosset.

Qu'est-ce que les débris paradentaires ?

Qu'est-ce qu'un kyste radiculaire ?

Qu'appelle-t-on crépitation parcheminée ?

Qu'est-ce qu'une fluxion dentaire. — Pourquoi certaines fluxions ont-elles une direction gingivale et d'autres une direction jugale ?

Comment doit-on soigner une fracture du maxillaire inférieur ? — Par quelle voie faut-il faire la suture osseuse ? — Quel appareil mettrez-vous qui permette d'ouvrir la bouche ? — Citez-moi d'autres appareils.

Arrive-t-il des accidents après une fracture du maxillaire ? — Quelles sont les fractures les plus fréquentes ? — Est-ce bon une fronde ?

Qu'est-ce qu'une épulis ?

Qu'est-ce que l'actinomycose des mâchoires ? — Qu'est-ce que c'est que les grains jaunes ?

Comment s'attrape l'actinomycose ? — Quel en est le traitement ?

Parlez-moi des becs-de-lièvre.

Parlez-moi des épithéliomas.
— du muguet.
— du noma.
— des accidents de la dent de sagesse.

M. Launois.

Quels sont les signes du diabète ?
La gingivite expulsive.
A quoi reconnaissez-vous un chancre de la lèvre ?
Peut-on mourir d'une syncope ?— Quels sont les soins à donner ?
Que faites-vous si un décès survient dans votre cabinet ?
Un enfant est né avec une dent; la nourrice se plaint que l'enfant ne peut pas têter ; que faites-vous ?
Comment arrêtez-vous les hémorragies dentaires ?
Parlez-moi du muguet et de son traitement.

M. Pietkiewicz.

Perforations du voile du palais. — Perforations congénitales et acquises, traumatiques et pathologiques. — Traitement des perforations. — Citez-moi deux cas différents et dites-moi quel genre d'appareils vous ferez dans chacun de ces cas.
Arthrite alvéolo-dentaire. — Traitement. — Est-ce une maladie ou un symptôme ? — Siège.
Quelle est la différence entre une solution d'acide thymique et une solution de borate de soude ?
Chez votre malade la névralgie était-elle d'origine dentaire ? — Névralgies dentaires réflexes. — Traitement des névralgies faciales.
Dents supplémentaires.
Déviations dentaires.
Réduction des fractures.
Kystes.
Anomalies d'éruption. — Parlez-moi des anomalies.
Parlez-moi de la confection d'un bridge. — Accidents de la dent de sagesse.
Redressement.
Gingivite mercurielle. — Parlez-moi des pulpites.
Traitement des caries pénétrantes. — Comment applique-t-on l'acide arsénieux ?
Parlez-moi des gingivites et de leur traitement.
Parlez-moi des fractures du maxillaire, des appareils de Martin (de Lyon) et de Martinier.

M. Quenu.

Des abcès dentaires.
En quoi consistent les accidents du chloroforme ? — Que doit-on faire dans la syncope ? — Quelles précautions doit-on prendre pour éviter les accidents après les extractions dentaires ?

M. Rémy.

Chancre de la bouche. — Où siège-t-il de préférence ? — Pourrait-on le confondre avec une ulcération dentaire ?

Diagnostic différentiel des différentes ulcérations de la bouche.
Caractères de l'épithélioma.
Chloroforme. — Comment agit-il ? — Loi des périodes. — Comment est la pupille ? — Accidents.
Stomatite pseudo-membraneuse.
Stomatite mercurielle.
Anesthésie par la cocaïne. — Accidents consécutifs.
Grenouillettes.
Épulis.
Accidents de la dent de sagesse.
Maxillaire du vieillard.
Sarcomes.
Redressement.

M. Richer.

De la gingivite tartrique.
Du traitement du 2e degré. — Quelle matière obturatrice emploierez-vous ?

M. Rieffel.

Parlez-moi des anesthésiques que l'on emploie pour l'extraction des dents.
Parlez-moi des accidents du chforoforme.
— — de la cocaïne.
— — du protoxyde d'azote.
Le tétanos.
Fistule mentonnière.
Parlez-moi du cancer de la langue.
— des oreillons.
— du bec-de-lièvre.
— des fractures du maxillaire.
— des gommes syphilitiques.
— des abcès du sinus.

M. Rodier.

Parlez-moi des antiseptiques que vous employez.
Employez-vous le formol seul ou avec addition d'essence ?
Combinez un appareil dentaire en métal ou en caoutchouc ?
Des inconvénients du celluloïd.
Pour qu'un plan incliné agisse, que faut-il ? — Que pensez-vous de l'appareil de Gaillard ?
Parlez-moi des phlegmons et des adénites.
Qu'est-ce que le tartre ? — Qui est-ce qui a fait des travaux là-dessus ?
Comment soignez-vous les gingivites ?
Quels sont les travaux préliminaires à la pose d'une dent à pivot ?
Avec quoi bouchez-vous les canaux ? — Que pensez-vous de l'iodoforme, de l'acide borique, du formol géranié ?
Avez-vous posé des obturateurs ? — Expliquez--moi comment vous avez fait et au bout de combien de temps le malade a parlé.

Comment défait-on un amalgame ?
— fait-on un or mou ?
— prépare-t-on la cavité pour un or mou ?
— appliquez-vous l'acide arsénieux ?
Que faites-vous dans une pulpite aiguë ?

M. Thiery.

Sarcome.
La greffe dentaire.
Accidents de la dent de sagesse.
La syphilis. — A quelle période est-elle contagieuse ? — Parlez-mo du chancre. — Des plaques muqueuses. — Des gommes. — Des différents genres de daviers.

M. Thomas.

La stomatite mercurielle et son traitement. — Les abcès du sinus et leur traitement. — Les kystes dentaires. — Les abcès dentaires. — Leur traitement.
Les antiseptiques que l'on emploie dans la bouche.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

L'année électrique, électrothérapique et radiographique, revue annuelle des progrès électriques en 1903, par le docteur Foveau de Courmelles, 4e année (1904). — *Librairie polytechnique Ch. Béranger, éditeur, 15, rue des Saints-Pères. Prix 3 fr. 50.*

Le Dr Foveau de Courmelles poursuit le cours de ses revues annuelles d'électricité, d'électrothérapie et de radiographie. La quatrième année, qui vient de paraître, relate les principaux progrès accomplis en 1903.

Nous ne pouvons, dans ce rapide compte rendu, indiquer toutes les nouveautés signalées dans ce livre. L'auteur, quoique médecin, ne parle pas seulement des faits nouveaux qui se rapportent à la médecine. Il passe au contraire en revue toutes les parties de la science électrique et radiographique, et nous trouvons dans son ouvrage des descriptions d'appareils nouveaux, piles, électrodes, accumulateurs, galvanomètres, redresseurs de courant, lampes, avec applications à l'électro-chimie, la télégraphie avec ou sans fil, la traction électrique, les mines, etc.

L'électrothérapie et la radiographie occupent naturellement une place très importante. Nous mentionnerons spécialement : les *rayons N*, ces radiations nouvelles, émises par les sources ordinaires de chaleur et de lumière, ainsi que par les muscles et les nerfs de l'être vivant; le *radium*, à propos duquel l'auteur nous donne les intéressantes idées de sir W. Crookes et d'autres physiciens sur la radio-activité et la nature des corps radio actifs. Ces chapitres sur les questions les plus actuelles de la physique sont complétés par des renseignements sur les expériences de *radiothérapie* entreprises avec les rayons X, les lumières diverses et aussi avec le radium, pour guérir certaines maladies, particulièrement le cancer et le lupus.

Le spécialiste, le médecin, le dentiste, qui veulent se tenir au courant des progrès si rapides de l'électricité et de ses applications, liront avec plaisir et avec fruit l'intéressant ouvrage que nous leur recommandons.

L. SERRES.

Livres reçus.

Nous avons reçu deux brochures : l'une de M. le Dr Scheuer, de Teplitz (Bohême), intitulée : *Zwei neue Fullungs materialien : Zinnschwam und Zinnzement* (Deux nouvelles matières obturatrices : éponge d'étain et ciment-zinc) ; l'autre de M. le Dr Richter, de Berlin, intitulée : *Ueber die Verkalkung des Dentins* (De la décalcification de la dentine).

Nouveaux journaux.

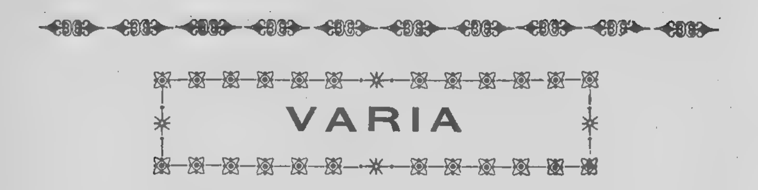
L'Association odontologique de Bordeaux et le Syndicat dentaire de Bordeaux ont, depuis le 1er janvier 1904, un organe officiel qui paraît tous les mois sous le nom de *Tablettes odontologiques*.

Nous avons reçu le premier numéro de cette publication, à laquelle nous adressons tous nos souhaits de prospérité.

*
* *

Nous avons reçu le premier numéro d'un nouveau journal publié à Vienne, l'*Oesterreichische Zahntechnische Reform*, organe des mécaniciens dentistes, paraissant le 10 de chaque mois.

Bonne chance à notre confrère autrichien.



PSYCHOLOGIE PHYSIOLOGIQUE

Le chimpanzé « Consul »

Par M. le Dr Ed. Terrier (de Paris).

Chacun a entendu parler du Chimpanzé des Folies-Bergère. On l'a vu entrer en scène avec l'allure dandinante d'un enfant, à jambes torses, vêtu comme un homme, y compris le chapeau et la chemise. On l'a vu s'installer à table, sonner son petit groom nègre, sortir une serviette de son rond, prendre avec sa fourchette les morceaux servis dans son assiette, déboucher sa bouteille et en boire le vin coupé d'eau (avec gourmandise du reste, car il y revenait au cours de ses exercices, s'il n'avait pas fini la première fois). On a pu voir qu'il s'installait au piano, l'ouvrait, tapotait quelques notes, et le refermait lui-même ; qu'il montait à tricycle, puis à bicyclette, et tournait dans un espace très restreint : ce que les amateurs savent assez difficile. Il s'asseyait gravement sur une chaise et fumait un cigare, dont il tirait fort bien quelques bouffées en prenant des poses de rentier rêveur. Il se déshabillait dès que son barnum l'y invitait, et son geste de peine pour dégager ses bras des bretelles était d'un comique irrésistible.

Chacun sait qu'il a présidé un banquet très brillant de « centième », qui réunissait ce que Paris a de plus en renom dans le monde du théâtre [1].

Toutes ces choses sont connues de tout le monde ; celles-ci le sont moins.

Un jour, il remarqua dans les coulisses des Folies-Bergère un homme tout blanc des pieds à la tête (c'était Séverin jouant le rôle de Pierrot). Cet homme, qui ne ressemblait pas aux autres, l'intrigua fort ; il voulut savoir ce qu'il pouvait bien être ; il le suivit jusque dans sa loge et se fit ouvrir. Il examina Séverin, le toucha et bientôt lui tendit les bras pour qu'il le prît au cou [2].

---

1. On sait qu'il a assisté à une réunion du Syndicat de la Presse scientifique, où l'a présenté notre collaborateur et ami M. le Dr Terrier (Voir *Gaz. Méd. de Paris*, 1903, n° 46, p. 381). — N. D. L. R.

2. A noter que Séverin est un *Mime* célèbre et habile (N. D. L. R.).

Désormais, il ne passa plus devant la loge de l'artiste sans entrer.

Puis, un jour, Séverin étant tombé malade et remplacé, « Consul » s'aperçut parfaitement que sous le même costume ce n'était plus le même homme, et par la suite il passa indifférent devant la loge.

Il s'intéresse à des détails curieux. Sur un balcon, où il avait été deux fois, il remarqua la troisième fois le léger changement qu'on y avait apporté. On avait mis dans la terre d'une caisse deux ou trois petites fleurs ; il s'en aperçut dès l'abord et alla les sentir. Aimerait-il donc les couleurs ?

Un jour, étant dans le bureau des Folies-Bergère, où nous l'avions fait asseoir sur le marbre de la cheminée pendant que l'artiste Vibert prenait des croquis de ses attitudes, brusquement nous entendîmes des espèces de gloussements, ou plutôt quelque chose comme une toux répétée qui sortait de son gosier : c'était un familier du bureau, qui venait d'entrer, et « Consul », l'affectionnant sans doute, voulait lui parler, en faisant effort pour s'approcher de lui. Un sentiment s'imposa à notre esprit : nous venions d'entendre le bas de l'échelle de la voix ; c'était « l'avant-balbutiement ». Cela forçait à penser à l'embryon d'une troisième circonvolution frontale gauche !

Pendant son séjour à Paris, son barnum le vit souffrir des dents. Il avait sans cesse la main à la bouche ; sa salive coulait : il était malade. On me demanda de le soigner.

Mais on prit la précaution de me dire que déjà, en Amérique, on l'avait mis entre les mains de dentistes. Il avait brisé des appareils. On avait, pour l'extraction de trois dents *temporaires*, employé neuf hommes à le maintenir. Pour trois autres, on en avait employé six. Je crus qu'il convenait d'user d'une méthode toute différente ; la douceur d'abord, et se garder de tout ce qui pourrait l'inquiéter.

Tout doucement, j'écarte ses lèvres très grandes et souples ; je découvre ses dents antérieures ; et, quand il voit que je ne lui fais aucun mal, il me laisse lui ouvrir la bouche ; je confie à son barnum le soin de la lui maintenir ouverte, mais sans contrainte. Sur les trois incisives temporaires [1] qui lui restent en haut (tout le monde sait que la formule dentaire du chimpanzé est la même que celle de l'homme), l'une d'elles, celle de gauche, est cariée.

Je nettoie la cavité de carie avec du coton, puis, avec beaucoup de précaution, et, très légèrement, je vais plus avant avec une fine curette tranchante. Je réussis à éviter que la chose soit douloureuse ; après avoir séché, je place une gutta-percha amollie par la chaleur. Je n'insiste pas : je vois que mon patient n'aurait plus de patience.

---

1. *Consul* a environ 4 ans et demi, dit-on.

J'avais été frappé de voir dans cette cavité de carie une ligne de dentine plus dure dans le sens du canal dentaire. Autour de ce canal, il y avait une gaîne, un cylindre de dentine plus dense, et la carie ne l'avait pas attaqué. Il formait comme une petite côte verticale qui tapissait le fond de la cavité.

Deux jours plus tard, je trouve mon obturation provisoire en place ; je l'enlève, et, avec les précautions qui convenaient, je réussis à la remplacer par une obturation définitive, que depuis j'ai revue et qui tient bien.

Ensuite je fis un nettoyage des dents ; elles étaient couvertes de tartre mou ; et les gencives étaient saignantes.

Enfin, j'abordai la chose redoutée : l'extraction d'une dent cariée. Après mille préparations, mais sans le ligoter, je pus l'extraire avec un plein succès.

(*Gazette Médicale de Paris.*)

NOUVELLES

Association générale des Dentistes de France.

Ordre du jour de l'assemblée générale du samedi 27 février.

1° Procès-verbal.

2° Correspondance.

3° Rapport du secrétaire général.

4° Rapport du trésorier.

5° Rapport sur une demande de radiation d'un membre.

6° Rapport sur la question du doctorat en chirurgie dentaire.

7° Rapport sur une proposition relative au vote par correspondance pour les membres de province.

8° Vœu à émettre au sujet de l'application stricte de l'art. 10 de la loi du 30 novembre 1892 relatif à la publication des listes professionnelles dans les départements.

9° Nomination de délégués au Comité Lecaudey.

10° Election de 12 membres pour le renouvellement partiel du Conseil d'administration.

Membres sortants (Paris) : MM. Billet, d'Argent, Godon, Lemerle, Richard-Chauvin, Rollin, Sauvez, Stévenin.

Membres sortants (Province) : Nord-Est, M. Cohen; Nord-Ouest, M. Richer ; Sud-Est, M. Schwartz; Sud-Ouest, M. Delair.

11° Propositions diverses.

Société d'Odontologie de Paris.

Programme de la séance de démonstrations organisée le dimanche 28 février, à 9 heures du matin, à l'École dentaire, à l'occasion de l'assemblée générale de l'Association générale des Dentistes de France.

1° Somnoforme et extractions dentaires, MM. Rolland et Robinson (de Bordeaux).

2° Protoxyde d'azote et extractions dentaires, M. Blatter.

3° Chlorure d'éthyle et extractions dentaires, M. Friteau.

(Ces démonstrations d'anesthésie auront lieu dans la salle de chirurgie de l'Ecole; commencées à 9 heures, elles finiront à 10 heures.)

4° Stérilisation de la dentine, M. Choquet.

5° Obturations mixtes : ciment et amalgame, M. Bonnard.

6° Prothèse nasale, M. Delair.

(Ces démonstrations auront lieu dans la salle de dentisterie de 4e année, à partir de 10 heures.)

Ordre du jour de la séance du mardi 1er mars à 8 h. 1/2 du soir.

1° Correspondance.

2° Maillet automatique électrique. Moteur à fraiser électrique et à main. Radiologie dentaire, MM. E. et R. Darmezin.

3° Hémorragie dentaire et hémorragie consécutive à un ulcère de l'estomac, M. Rigolet.

4° Ether et chloroforme en art dentaire, M. Pinet.

5° Appareil extenseur du maxillaire inférieur, résultats obtenus, M. d'Argent.

6° Tribune ouverte. Procédés divers. Perfectionnements d'outillage, etc.

Société et Syndicat des dentistes de l'Ouest.

Nous apprenons la constitution d'un nouveau groupement dentaire sous le titre « *Société et Syndicat des dentistes de l'Ouest* », conformément aux lois des 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels et du 1er juillet 1901 sur les sociétés. Le siège social est fixé à Angers, 35, boulevard du Roi-René.

Le groupement a pour but d'établir entre ses membres des relations amicales, de créer dans la région de l'Ouest un centre d'études professionnelles, de vulgariser les principes de l'hygiène dentaire, de combattre le charlatanisme, de demander aux pouvoirs publics des réformes professionnelles, d'établir un tarif de soins dentaires, de fournir aux tribunaux et aux particuliers des experts, d'assurer des fournitures dentaires aux membres du Syndicat à des conditions avantageuses, de venir en aide aux syndiqués et à leurs familles, etc.

Le Comité d'organisation de ce Syndicat était composé de MM. Sicard, président ; Monick et Hermann, vice-présidents ; Vichot, secrétaire, et Hamonet, trésorier.

Nous formons les vœux les plus sincères pour la prospérité du nouveau groupement.

Modification de société.

Le 21 janvier 1904 la mention suivante a été faite dans le registre des sociétés du tribunal du 1er district de Berlin.

« N° 11. 170, fournitures pour dentistes et mécaniciens-dentistes, société en commandite Emile Simonis, Berlin ; 32 nouveaux commanditaires entrent dans la société. La mise d'un commanditaire a été augmentée. »

24e ANNÉE. N° 4 29 FÉVRIER 1904 VOL. XXXI



L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

TRAVAUX A PONT : PRÉSENTATION DE MALADES ET CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR QUELQUES PARTICULARITÉS DE TECHNIQUE

(Communication à la Société d'Odontologie, séance du 5 janvier 1904.)

Par M. RICHARD-CHAUVIN,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

J'ai l'honneur de présenter à la Société deux malades portant tous les deux des bridges d'une grande étendue, mais de systèmes différents : l'un est un bridge fixe, l'autre un bridge mobile. Les conditions dans lesquelles ces travaux ont été exécutés m'ont paru assez particulières pour être dignes d'appeler l'attention. Ce n'est pas une communication que je veux faire ce soir, c'est une simple présentation de malades, suivie de quelques explications rapides sur les avantages et la technique de ces travaux.

1° M. G..., ouvrier dans une usine, a eu la mâchoire inférieure fracturée à la suite de l'éclatement d'une meule. Il ne m'a pas été possible de reconstituer l'histoire de la fracture et de la réduction, attendu que le malade s'est présenté chez moi, en octobre 1902, après consolidation complète de sa frac-

ture. Ce que j'ai pu supposer, c'est qu'il y avait eu, à la suite de la fracture, une perte de substance considérable et que l'opération de réduction avait consisté à rapprocher et à maintenir des fragments très éloignés, d'où modification notable de l'articulation. A l'examen, j'ai constaté que les deux maxillaires prenaient contact seulement par les cuspides postérieurs des dents de 12 ans, laissant une béance de plus de 2 centimètres entre les dents antérieures du haut et du bas. De plus, les dents antéro-inférieures existantes (incisive latérale et canine droites) étaient rentrées d'au moins autant par rapport aux dents supérieures. Il est facile de concevoir, après ces explications sommaires, que le maxillaire inférieur avait subi un changement dans sa forme, que l'arc était sensiblement aplati de dehors en dedans.

Au moment où nous entreprîmes la restauration de cette difformité, la mâchoire inférieure se trouvait dans l'état suivant : du côté gauche, toutes les dents manquaient depuis la dent de 12 ans jusqu'à l'incisive latérale droite ; du côté droit, les dents manquaient également depuis la molaire de 12 ans jusqu'à la canine. Les dents restantes étaient très ébranlées.

Il nous parut évident que l'application d'un appareil quel qu'il soit, sauf le bridge, aurait pour résultat de provoquer à bref délai la chute des dents avec lesquelles il se trouverait en contact et que, seul, le bridge pourrait présenter quelques chances de succès.

Avant d'entrer dans le détail de la technique opératoire, je prie, mes confrères, de vouloir bien me permettre une petite digression. En 1900, au Congrès, j'ai présenté un malade portant un appareil à pont. Ce malade, âgé de 65 ans, arthritique, avait des dents très ébranlées. Je lui fis accepter l'idée d'un appareil supporté par une canine du côté droit et une première prémolaire du côté gauche. Sans garantir la réussite, je lui fis espérer que les dents ébranlées pourraient se consolider si elles étaient maintenues très fermement et d'une façon permanente à leur place exacte. Seul, l'appareil à pont pouvait réaliser ce résultat. Je procédai au grattage des dents atteintes de

polyarthrite. L'une d'elles était tellement ébranlée que le grattoir accroché vers l'apex par un amas calcaire faillit l'amener dans le mouvement de tirage, et ce, bien qu'elle fût soutenue par le pouce de la main gauche appuyé sur la face labiale. Le grattage consolida notablement les dents qui furent alors préparées pour recevoir les couronnes, et l'appareil fut construit. En deux mots voici le résultat après quatre années : les dents sont entièrement consolidées. Le contrôle est d'autant plus facile que l'appareil, maintenu par deux pivots entrant dans deux gaînes soudées sur les parties latérales des couronnes, est mobile. Les dents sont solides, que l'appareil soit en place ou non.

Je reviens à mon sujet. Lorsque le malade que je présente ce soir me fut amené, je crus pouvoir lui promettre la consolidation de ses dents grâce à l'application d'un appareil à pont, m'y trouvant autorisé par le succès dont je viens de parler. Chacun pourra s'assurer tout à l'heure en examinant le malade que mes prévisions n'ont pas été trompées.

J'ai quelques mots à dire sur la préparation de la bouche et la fabrication de l'appareil.

Préparation de la bouche : 1° grattage des dents en vue d'obtenir leur consolidation[1] ; 2° modification de l'articulation. La béance a été atténuée en meulant les cuspides postérieures des molaires de 12 ans. Je meulai beaucoup plus largement les molaires inférieures destinées à être protégées par des couronnes, ce qui me permit d'obtenir au moyen d'un sacrifice d'émail, relativement peu considérable pour la dent supérieure, le contact parfait des deux surfaces coronaires. — 3° les couronnes d'or, au nombre de quatre, ont été faites isolément, après la préparation minutieuse des dents. Il est aisé de constater que les gencives recouvrent les couronnes qui, s'enfonçant partout à 2^{mm} environ, ne décèlent aucune trace d'inflammation.

1. Le grattage a demandé plusieurs séances, six au moins. Il a été fait très soigneusement, le grattoir a été introduit dans tous les culs-de-sac par les orifices des décollements. Le résultat a été satisfaisant, les dents ont été suffisamment consolidées pour supporter sans dommages la préparation nécessaire à la confection des couronnes d'or.

L'on peut avec une sonde fine suivre les contours et s'assurer que les bagues d'or s'appliquent parfaitement sur les dents. Pour cette préparation, il a été tenu compte du parallélisme de ces divers organes entre eux. La deuxième molaire de gauche, l'incisive latérale et la canine droites ont pu être préparées de manière que, réunies entre elles pour l'essai par une bande d'or, les couronnes les recouvrant ont pu entrer à fond sans produire le moindre déplacement des dents. Je signale ce fait parce que, dans le cas particulier, il prenait une importance considérable. La deuxième molaire de droite étant entièrement déviée du côté lingual, il était impossible de la tailler parallèlement aux autres, c'est ce qui m'a déterminé à faire le bridge en deux parties.

La première partie du bridge comprend de gauche à droite: la couronne de la deuxième molaire, les couronnes des incisive et canine droites et toutes les dents comprises dans la séparation. La couronne de la canine supporte vers le centre de sa partie distale une forte lame horizontale de 6^{mm} de longueur sur 3^{mm} de largueur munie sur ses bords externe et interne de deux bandes d'or de 1^{mm} de hauteur et de largeur. Ce boîtier, si je puis m'exprimer ainsi, est destiné à recevoir une lame qui s'y encastre rigoureusement et qui, soudée à la couronne de la molaire de droite, contribue concurremment avec elle, au maintien de la deuxième partie de l'appareil qui prend aussi un solide point d'appui sur la première. Quant à la confection de l'appareil en tant que technique de laboratoire, je crois inutile de vous en parler, attendu que je n'apprendrais rien à aucun d'entre vous sur la prothèse de laboratoire.

Les points qui me paraissent intéressants à relever sont les suivants :

1° La déformation de la partie inférieure de la face, qui était considérable, grâce au rétrécissement de l'arc maxillaire, est si peu marquée que, sans la cicatrice de la lèvre inférieure, il serait difficile de soupçonner l'accident ;

2° L'articulation, qui était faussée entièrement et dans

tous les sens, est normalement rétablie. La mastication se fait sans difficultés.

3° Toutes les dents supportant l'appareil, qui étaient entièrement ébranlées, sont tout à fait consolidées depuis qu'elles sont maintenues à leur place physiologique d'une manière permanente, malgré le poids et l'effort qu'elles supportent.

4° Le nettoyage sur place de cet appareil est des plus faciles.

Il faut remarquer aussi que tout appareil prenant point d'appui contre les parois latérales des dents, et susceptible de se déplacer en s'enfonçant dans le tissu gingival, aurait provoqué à bref délai la chute de ces organes, alors que l'appareil actuel, qui s'appuie sur le grand axe des dents munies de couronnes, les maintient solidement à leur place exacte, ce qui explique qu'il ait contribué dans une si large mesure à leur consolidation définitive.

Enfin, je ferai remarquer que, dès 1900, j'ai présenté au Congrès un malade dont les dents atteintes de polyarthrite ont été consolidées par un bridge mobile, que cela a été expliqué publiquement à cette époque. J'ajouterai qu'il y a plus d'un an, mon collègue et ami M. Barrié m'a parlé d'un cas de consolidation de dents atteintes de polyarthrite à l'aide d'un appareil à pont, ceci non point pour une vaine revendication de priorité, mais pour rappeler que, pour nous, la question était à l'étude dès 1900.

L'appareil à pont mobile que j'ai l'honneur de présenter ce soir est, je crois, un des bridges les plus étendus qui aient été conçus et exécutés. Il comporte quatre points d'attache :

1° Les deux dents de sagesse supérieures ;

2° Les deux incisives centrales.

Les racines des six dents antérieures existent — toutes sont munies de coiffes d'or.

Les deux dents de sagesse portent chacune une couronne d'or.

La malade que je présente portait, avant l'appareil actuel, une pièce en caoutchouc munie d'une cavité du vide. Les racines abandonnées à elles-mêmes étaient infectées et très ébranlées. Elles avaient donné lieu à plusieurs fluxions. La muqueuse palatine épaissie, turgescente, lardacée, était au moindre attouchement le siège de petites hémorragies. Les dents de sagesse étaient respectivement atteintes de caries de 3ᵉ et de 4ᵉ degré. Non seulement la mastication était défectueuse, mais la malade, étant donné l'état de ses racines et surtout de sa muqueuse palatine, subissait une auto-intoxication constante avec des troubles gastro-entériques permanents. Dans le cas présent il était intéressant de supprimer tout contact étranger avec la muqueuse palatine. Le bridge était tout indiqué.

Je n'ai jamais caché mes préférences pour le bridge mobile auquel j'attribue sur le bridge fixe les avantages suivants :

1° Facilité de réparer l'appareil en cas d'accidents, sans lui faire subir de dommages. En effet, les organes servant au maintien de l'appareil étant indépendants de celui-ci, sa mise en place et sa sortie de la bouche ne présentent aucune difficulté ;

2° La nécessité de protéger les dents par un plaquage d'or en retour sur les parties incisives et coronaires de celles-ci est moins impérieuse, ce qui est appréciable en clientèle pour les dents antérieures.

Enfin, la fixité de ces appareils et par conséquent la résistance qu'ils offrent dans l'acte de la mastication sont sensiblement égales à celles que peuvent présenter les bridges fixes.

Il est aisé de remarquer en examinant la malade que :

1° Cet appareil est construit identiquement comme un bridge fixe, c'est-à-dire que des talons d'or sont adaptés aux prémolaires et aux molaires pour les nécessités de l'articulation avec la même disposition oblique permettant le nettoyage sur place. Ceci revient à dire que l'appareil mobile pour le praticien, en cas de nécessité, est fixe pour le malade.

2° Les coiffes des racines montant sous la gencive à une hauteur de 2^{mm} environ sont parfaitement de niveau avec les racines. Pour éviter le débord de l'anneau d'or sur la racine qu'il coiffe, je me sers d'instruments spécialement adaptés à cet usage qui feront l'objet d'une présentation future.

3° Les couronnes présentent le dispositif suivant : à leur partie latérale antérieure une ouverture de 3^{mm} de largeur sur une longueur égale a été ménagée pour l'adaptation d'un fond plat à parois perpendiculaires, destiné à recevoir une lame de mêmes dimensions. Ce fond perforé laisse passer une gaîne dont la hauteur est limitée par la cavité pulpaire, sur le fond de laquelle elle vient buter. La lame qui comble l'espace et rétablit le niveau articulaire de la couronne d'or est en or platiné au 14 d'épaisseur. Cette lame, percée en regard de l'orifice de la gaîne, reçoit une tige formée de deux demi-joncs accolés que l'on a soin d'éviter de réunir par soudure dans les manœuvres techniques. Cette tige est exactement calibrée pour entrer à frottements doux dans la gaîne.

Ces dispositions étant données, il est facile de comprendre comment les différents organes de contention de l'appareil, indépendants de celui-ci (les coiffes des racines et les couronnes des dents) pourront recevoir, grâce à un appareil spécial destiné à établir leur parallélisme, des gaînes de diamètres appropriés, lesquelles seront soudées isolément à chacun des organes. Lorsque ceux-ci sont soudés, il ne reste plus qu'à les fixer avec le ciment, en s'assurant, à l'aide de l'appareil à parallélisme, qu'aucune des gaînes n'a dévié pendant la soudure.

La fixation étant accomplie, la bouche est préparée pour l'empreinte, qui doit être prise au plâtre, après qu'on a eu soin de placer les tiges calibrées dans les gaînes. La confection de l'appareil est l'œuvre du laboratoire. Je n'ai rien à apprendre à cet égard, surtout à propos d'une présentation. Cependant je tiens à mettre mes confrères en garde contre l'énorme resserrement d'un arc semblable pendant la soudure, si l'on ne prend pas des précautions toutes spéciales.

Nous avons, M. Barrié et moi, compulsé les auteurs et nous avons pu nous convaincre que ceux qui décrivent des appareils étendus les ont surtout conçus théoriquement et n'ont pas semblé se douter un instant du resserrement de l'arc dont nous parlons. Le premier appareil de ce genre que nous avons essayé de construire, il y a plusieurs années, en nous basant sur les descriptions hypothétiques des auteurs, nous a ménagé une surprise peu banale : en prenant seulement les précautions indiquées, notre appareil, déformé après la soudure, était rétréci de plus d'un centimètre et par conséquent inutilisable.

Voici la technique à laquelle nous nous sommes arrêté, et grâce à elle nous n'éprouvons plus de mécomptes.

Nous estampons sur toutes les coiffes une bande d'or fin pour obtenir un moulage parfait, puis une plaque d'or à 18 au 8 d'épaisseur, couvrant en même temps que la bande primitive toute la voûte palatine. Cette plaque d'or est renforcée par deux gros fils d'or soudés transversalement d'un bord alvéolaire à l'autre, distants l'un de l'autre de 1 centimètre environ.

Ces traverses elles-mêmes sont soutenues par deux montants soudés perpendiculairement, d'une part à elles-mêmes, d'autre part à la plaque d'or. C'est alors seulement que nous adaptons les tiges destinés à entrer dans les gaînes. De plus, les dents sont ajustées et repérées pour être réunies en trois massifs avant la soudure définitive :

1° Massif central comprenant les dents de devant ;

2° Les deux massifs latéraux comprenant les deux prémolaires et les deux molaires.

Ces blocs sont munis de leurs talons estampés et articulés, ils sont biseautés et entièrement finis à la lime. Pour l'achèvement de l'appareil il ne reste plus, après avoir mis dans le plâtre et l'amiante dents et plaque, qu'à réunir par soudure les blocs entre eux et les pivots s'adaptant aux couronnes avec les blocs latéraux. Ces explications, bien que très longues pour accompagner une simple présentation, m'ont cependant semblé nécessaires étant donné les cas un peu particuliers que je suis heureux de présenter à la Société d'Odontologie.

ADÉNITES GÉNIENNES D'ORIGINE DENTAIRE

Par le Dr E. Friteau,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

Nous avons eu l'occasion d'observer, à quelques mois d'intervalle, deux malades porteurs d'adénites géniennes. Les cas analogues sont assez rares, pour qu'il nous semble intéressant d'ajouter ces faits personnels aux observations déjà publiées. L'intérêt de cette publication me paraît accru par ce fait qu'il s'agit, chez nos deux malades, d'adénites géniennes manifestement d'origine dentaire, alors que la plupart de ces adénites ont leur cause dans les téguments de la face.

Le professeur Poncet, de Lyon, fut le premier à reconnaître cliniquement l'adénite génienne et à la dégager des multiples affections qui peuvent évoluer dans cette région de la joue.

L'anatomie permettait, il est vrai, de prévoir l'existence des adénites géniennes. Depuis longtemps déjà (1787), Mascagni, dans son *Atlas des vaisseaux lymphatiques,* avait signalé la constance de deux ganglions lymphatiques appliqués sur la face externe du muscle buccinateur, en avant de masséter, au-dessous du canal de Sténon, tout près de l'artère faciale. Deux siècles s'écoulent sans qu'aucun traité classique ne parle, à notre connaissance du moins, de ces ganglions géniens décrits par Mascagni : les *Traités d'anatomie* de Sappey et Richer n'en font aucune mention. M. le professeur Tillaux, dans son *Traité d'anatomie topographique,* rappelle la présence de ces ganglions, en signalant un ganglion sur le bord antérieur du masséter, près de l'artère faciale.

Les altérations pathologiques de ces ganglions vinrent confirmer et rendre évidente leur existence : des faits d'hypertrophie de ces ganglions furent publiés, et forcèrent les anatomistes à étudier, d'une façon plus complète, la dispotion des ganglions de la joue.

C'est ainsi que M. Jaboulay, à la prière du professeur Poncet, rechercha systématiquement les ganglions géniens. Dans la thèse de Vigier (Lyon, 1892) se trouve reproduit un dessin représentant une dissection exécutée par Jaboulay sur un sujet tuberculeux, dont le système ganglionnaire avait subi au cou et à la face une hypertrophie pathologique. Chez ce sujet, la dissection montra très nettement le groupe ganglionnaire génien. La plupart de ces ganglions sont échelonnés le long des vaisseaux lymphatiques qui accompagnent l'artère faciale, et ils peuvent aussi dépasser la région du buccinateur pour se rapprocher de l'angle interne de l'œil.

Durant ces dernières années de nombreux travaux ont été publiés sur cette question. Nous ne ferons que citer, en avouant que notre bibliographie est très incomplète, l'article de Princeteau, paru dans la *Gazette des sciences médicales* de Bordeaux (1899) et le travail de Capette-Laplène sur les ganglions de la joue (Thèse de Bordeaux, 1899).

Malgré la disposition très variable des ganglions géniens on peut en décrire un certain nombre de groupes : c'est ainsi que MM. Poncet et Vigier distinguent un *groupe massétérin,* un *groupe commissural,* et un *groupe sous-orbitaire.*

Nous nous bornerons à résumer rapidement la description qu'en donnent MM. Cunéo et Marcille dans le *Traité d'anatomie* de M. le professeur P. Poirier. Les ganglions géniens forment, d'après ces auteurs, trois groupes distincts, échelonnés l'un au-dessus de l'autre sur le trajet des vaisseaux faciaux.

Le premier groupe, dit *groupe inférieur ou sous-maxillaire,* repose sur la face externe du maxillaire inférieur entre le bord antérieur du masséter et le bord postérieur du triangulaire des lèvres, au-dessus du peaussier. Ce groupe comprend un à trois ganglions en rapport intime avec l'artère et la veine faciale.

Le deuxième groupe, dit *groupe moyen,* est intervascu-

laire, et situé entre l'artère et la veine faciale ; il est recouvert par les fibres postérieures du muscle grand zygomatique, et appliqué sur la face externe du muscle buccinateur. L'existence de ce groupe est moins fréquente que celle du groupe sous-maxillaire : il est formé de trois amas ganglionnaires pouvant exister tous ensemble ou isolément.

Le troisième groupe, dit *groupe supérieur,* beaucoup moins important que les groupes inférieur et moyen, comprend plusieurs ganglions : un ganglion du sillon nasogénien signalé par Tillaux et retrouvé par Princeteau ; un ganglion *malaire* et un ganglion *sous-orbitaire,* dont l'existence n'a guère été constatée que cliniquement.

En résumé, il existe tout le long des vaisseaux, artère et veine faciale, des ganglions lymphatiques, dont l'existence est difficile à déceler par les procédés d'injection habituellement employés dans les laboratoires d'anatomie, mais susceptibles sous l'influence d'une cause nocive de s'hypertrophier et de devenir alors faciles à observer par la dissection.

Les vaisseaux lymphatiques afférents à cette chaîne ganglionnaire appartiennent pour la plupart aux téguments de la face. C'est du moins ce que montrent les injections de ces vaisseaux, mais il n'en est pas moins vrai que des affections inflammatoires atteignant la muqueuse buccale ou gingivale, les tissus péridentaires peuvent avoir un retentissement très net sur ces ganglions. C'est ce que prouvent les observations recueillies par Albertin et Vigier ; c'est ce qu'établissent aussi les deux observations qui suivent.

1re *observation.*

M. X..., 32 ans, sans profession, célibataire, se présente à ma consultation pour une arthrite alvéolo-dentaire, consécutive à une carie du 4e degré occupant la face postérieure de la 1re prémolaire supérieure droite. Ce malade présente des antécédents tuberculeux très nets : sa mère est morte à 37 ans de tuberculose pulmonaire ; un de ses frères est mort en bas-âge de méningite, et sa sœur est atteinte d'une tumeur blanche du genou, qui est actuellement ankylosé. Le facies de ce malade est celui d'un strumeux ; ses lèvres sont épaisses, sa bouche constamment entr'ouverte et ses ganglions sous-

maxillaires et cervicaux sont hypertrophiés. L'arthrite alvéolo-dentaire pour laquelle il vient me consulter ne présente rien de particulier ; elle a d'ailleurs cédé très rapidement au nettoyage de la cavité cariée et à l'antisepsie des canaux par des lavages à l'eau oxygénée. Mais, au cours de ce traitement, le malade a appelé mon attention sur la présence d'une petite tuméfaction douloureuse située à la partie supérieure du sillon naso-génien droit. Cette tuméfaction a le volume d'une noisette ; elle est dure, elle roule sous le doigt et elle donne au doigt qui la palpe la sensation très connue que fournit un ganglion hypertrophié ; il n'y a pas de rougeur de la peau, qui est mobile sur la tuméfaction. Malgré la rareté du fait clinique, je portai aussitôt le diagnostic d'adénite génienne secondaire à une athrite alvéolo dentaire, cette adénite a d'ailleurs cédé à quelques pansements humides appliqués sur la joue et surtout à la désinfection de la dent, cause initiale de l'affection ganglionnaire. Peut-être la poussée inflammatoire de ce ganglion fut-elle favorisée chez ce malade par l'imprégnation tuberculeuse qui semblait avoir envahi une grande partie de son système lymphatique.

Albertin, dans le travail qu'il a publié en 1895 sur les adénites géniennes, insiste beaucoup sur le rôle de la tuberculose ganglionnaire dans l'apparition des adénites aiguës ou subaiguës et dans notre observation ci-dessus, il semble que ce rôle fut sensible.

Mais il est un autre point sur lequel nous désirons insister c'est le siège de l'adénite chez notre malade. Dans le plus grand nombre des cas rapportés par Vigier et Albertin, l'adénite, quelle que soit sa cause, frappe les ganglions que Poncet désigne sous le nom de ganglions commissuraux, et qui sont situés plus généralement à l'union du 1/3 antérieur et des 2/3 postérieurs d'une ligne étendue de la commissure des lèvres à la racine du lobule de l'oreille; ces ganglions correspondent aux groupes inférieur et moyen de Cunéo. Dans notre observation, ce groupe ganglionnaire est indemne et l'infection atteint un ganglion, très rarement infecté, un des ganglions du groupe supérieur, le ganglion sous-orbitaire.

2e *observation.*

Il s'agit d'un malade, âgé de 20 ans, qui lui aussi présentait des antécédents tuberculeux, héréditaires et personnels, très accusés. Son

père est mort de pleurésie et sa mère est actuellement en traitement pour des hémoptysies répétées. M. A... se présente à mon cabinet à la fin de janvier, convalescent d'une bronchite du sommet droit ? ?, et porteur d'engorgements ganglionnaires cervicaux et axillaires. Il vient me consulter pour un accident de dent de sagesse; sa dernière molaire inférieure gauche est couverte, dans la plus grande partie de sa face triturante, par un chapeau de gencive, fortement hypertrophié et enflammé, et sous lequel la pression décèle la présence de pus crémeux; le malade a des douleurs sur tout le trajet de son nerf maxillaire inférieur; l'ouverture de la bouche est incomplète, le malade a un peu de trismus.

Notre attention est immédiatement attirée par l'apparition sur la joue d'une tuméfaction rouge, tendue, douloureuse, empâtée, occupant toute la partie de la joue située en avant du masséter, au-dessous de la ligne unissant la commissure labiale au lobule de l'oreille. Cette tuméfaction est adhérente à la peau, qui, en un point, est amincie et violacée; elle présente à ce niveau une portion nettement fluctuante.

L'interrogatoire du malade me fixa vite sur la nature de l'affection : M. A... avait, dès le début de ses accidents de dent de sagesse, qui remontait à une dizaine de jours, constaté la présence sur sa joue d'une petite masse indurée, roulant sous le doigt, légèrement douloureuse à la pression, et rassemblant, disait-il lui-même, à ces nombreux ganglions hypertrophiés échelonnés le long de son cou. Il s'agissait d'un adéno-phlegmon développé, au cours d'une infection gingivale d'origine dentaire, dans l'un des ganglions géniens.

Le siège de la tuméfaction, qui occupait, nous le répétons, la partie inférieure de la joue, nous permit de localiser le siège de l'adénite initiale dans l'un des ganglions inférieurs, décrits par MM. Cunéo et Marcille.

L'incision de la tuméfaction fut pratiquée immédiatement au point fluctuant; la dent de sagesse fut extraite. Des pansements humides appliqués sur la joue, quelques lavages alvéolaires antiseptiques furent pratiqués et quinze jours après tout était terminé. Il ne restait sur la face qu'une petite cicatrice déprimée.

Il s'agit, dans ce cas particulier, d'une adénite génienne qui a évolué vers un adéno-phlegmon; nous croyons que cette évolution aiguë ne nous paraît pas seulement imputable à l'infection gingivo-alvéolaire, mais qu'elle est aussi dépendante de l'altération tuberculeuse constatée sur l'appareil lymphatique du sujet.

En résumé, les vaisseaux lymphatiques afférents des gan-

glions sous-maxillaires traversent fréquemment de petits ganglions décrits ordinairement sous le nom de ganglions géniens. L'infection qui suit la voie lymphatique, en envahissant ces ganglions, les hypertrophie et les met en évidence ; elle nous éclaire également, mieux que ne le font les injections des anatomistes, sur l'origine des vaisseaux lymphatiques afférents à ces ganglions géniens. Elle nous montre, en effet, que ces ganglions reçoivent non seulement les lymphatiques des téguments de la joue, mais encore des lymphatiques venus de la région gingivo-dentaire, supérieure et inférieure.

Enfin les ganglions géniens, comme d'ailleurs les autres ganglions lymphatiques, sont volontiers frappés d'inflammation aiguë, soit primitivement, soit lorsqu'ils ont été touchés précédemment par l'infection tuberculeuse.

Nous concluons en disant : il existe, tout le long des vaisseaux sanguins de la face, des ganglions normalement très petits, dont l'existence est alors difficile à déceler, mais qui sont susceptibles, sous l'influence d'une infection, aiguë ou tuberculeuse, de s'hypertrophier et de devenir nettement visibles. Les vaisseaux lymphatiques, afférents à la chaîne ganglionnaire génienne, appartiennent pour la plupart aux téguments de la joue ; c'est du moins ce que montrent les injections des anatomistes ; les faits cliniques connus, auxquels les nôtres s'ajoutent, démontrent que des affections atteignant la muqueuse buccale et particulièrement la muqueuse gingivale, sont capables d'infecter ces ganglions.

Il en résulte que la connaissance de ces ganglions géniens est utile pour tous ceux qui s'occupent des soins dentaires ; c'est à ce titre que nous avons publié ce modeste travail.

SUR UN NOUVEAU MUSCLE DE LA TÊTE DU CHIEN

Par M. C. Gatin,

Étudiant en chirurgie dentaire.

Au cours de nos dissections (avril-juin 1903) à l'Ecole dentaire de Paris, sous la direction de M. Alexis Julien, nous avons trouvé sur la tête du chien un petit muscle constant, qui n'est encore décrit ni figuré dans aucun livre classique et qui mérite le nom de Mandibulo-Auriculaire.



Ce muscle relie, en effet, le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur à la partie antérieure du pavillon de l'oreille.

Allongé, plus épais à sa partie moyenne qu'à ses extrémités, il est situé en arrière des muscles masséter et temporal, qui le recouvrent en partie.

Il porte le pavillon de l'oreille en bas et en avant.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. **TÉLÈPHONE 294.47.**

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

Clin et Cie (*Produits pharmaceutiques, Adrénaline, Tubes stérilisés à tous médicaments*), 20, rue Fossés-St-Jacques, PARIS. **TÉLEPHONE 806.37 — 815.84.**

J. Fanguet, Georges Clotte, sr (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Enghien, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. **TÉLÉPHONE 218.69.**

A. Debraux, profr (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

Alfred Joliot (*Fourn. gén.*), à la Cloche, 193, rue St-Martin. **TÉLÉPHONE 271.51.**

L. Mairlot (*Fourn gén.*), 24, place Ste-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

Mamelzer et fils (*Man. dent.*), 40, r. Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉL. 306.77.**

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie* à CHATEAUROUX.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) **TÉLÉPHONE 312.91.**	22, rue Le Peletier, PARIS. 44, place de la République, LYON. 69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES. 3, rue Petitot, GENÈVE.

L. Riasse (*Agent de la Consolidated D. M. Co*), 97, rue Montmartre, PARIS, **TÉLÉPHONE 283.75.**

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société coopér. des dent. de Fr., 45, r. de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPH. 223.04.**

Société Française *de* ***Fournitures Dentaires.***	58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214-47.** Adr. télég. : Sociédents.	*Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Vve J. Wirth (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPH. 923.48.**

MANIFESTATION PROFESSIONNELLE

A la suite de la récente nomination de M. Bonnard au grade de chevalier de la Légion d'honneur, quelques-uns de ses nombreux amis ont constitué un comité chargé d'organiser une manifestation de sympathie et d'amitié en faveur de celui qui, depuis près de vingt ans, n'a pas moins contribué au développement scientifique qu'à la défense des intérêts moraux de la profession.

Le comité avait organisé, pour fêter la croix du nouveau légionnaire, un banquet amical. Ce banquet a eu lieu, le samedi 20 février, dans la grande salle du restaurant Marguery, sous la présidence de notre distingué directeur, M. Godon. Près de soixante-dix convives, parmi lesquels une dizaine de dentistes de province, s'étaient groupés autour de tables magnifiquement garnies de fleurs, et l'on voyait sur la figure de chaque convive l'expression de la joie la plus vive. Cette expression de joie montrait, mieux que les plus vibrants discours, qu'il n'y avait là que de véritables amis, heureux de fêter leur élève, leur camarade, leur ami, leur maître. Il n'était pas banal de voir le même enthousiasme et la même joie manifestée aussi bien par les élèves de M. Bonnard que par ses anciens maîtres, MM. Ronnet, Blocman et Richard-Chauvin.

Au dessert, le secrétaire du comité, M. Bruel, donne lecture d'un grand nombre de lettres d'excuses de confrères qui, retenus par la maladie ou la distance, n'ont pu répondre, malgré leur désir, à l'invitation du comité.

M. Paulme, vice-président du Syndicat des chirurgiens-dentistes, dans une improvisation aussi émue que délicate, exprime la reconnaissance de tout le Syndicat envers ce modèle de dévouement et d'abnégation qu'est Bonnard, le si actif président du Syndicat. M. Paulme remet au nouveau légionnaire une croix en diamants, offerte au moyen du produit d'une souscription ouverte par le Comité.

Puis le président de la fête, M. Godon, directeur de l'Ecole

dentaire, rappelle les éminents états de service de Bonnard, tant dans le corps enseignant que dans l'administration de l'Ecole. « En conférant le ruban rouge à un professeur aussi distingué, à un administrateur aussi dévoué, le Gouvernement, dit M. Godon, montre en quelle estime il tient tous ceux qui prennent une part active au développement de la profession : en décorant le chirurgien-dentiste Bonnard, le Gouvernement élève la profession tout entière ». M. Godon attache la croix sur la poitrine de Bonnard qui, au milieu d'une émotion difficilement contenue, reçoit l'accolade traditionnelle de son aîné dans l'ordre national de la Légion d'honneur.

M. Loup, président de la Société d'Odontologie, dit la part active prise depuis plus de quinze ans par le nouveau légionnaire au développement scientifique de cette société ; l'honneur conféré par le Gouvernement rejaillit sur toute la Société, qui voit l'un de ses membres les plus travailleurs si dignement et si justement récompensé.

M. Friteau, bibliothécaire de l'Ecole, dans une improvisation humoristique, rappelle que Bonnard est le véritable fondateur, le réel organisateur de la Bibliothèque de l'Ecole, et il exprime sa joie et ses félicitations à son excellent ami Bonnard.

M. Blatter, secrétaire général de l'Association des dentistes de France, apporte, au nom de ce groupement, ses félicitations et donne lecture d'une lettre de son président, M. Papot, qui, retenu par la maladie, ne peut venir prendre part à cette fête de famille.

Me Raynal, avocat à la Cour de Cassation et Me Justal, avocat à la Cour d'appel, disent la part prise par Bonnard dans la défense des intérêts du Syndicat, et ils montrent aux jeunes l'avenir honorable et protégé que leur prépare Bonnard en faisant établir une jurisprudence sur tous les points que la loi a laissés dans l'ombre.

M. Pailliottin, président de l'Association des étudiants en chirurgie dentaire, adresse les félicitations de tous les élèves de l'Ecole à leur dévoué et distingué professeur, M. Bonnard.

M. Rigolet se fait l'interprète des groupements professionnels de province et rend hommage aux efforts de Bon-

nard, qui a tant contribué au relèvement de la profession.

Enfin, M. Martinier, au nom du comité et au nom des amis du nouveau légionnaire, s'adresse à l'ami de 20 ans ; il retrace toute la vie professionnelle de son vieux camarade de laboratoire et, en un discours empreint de la plus sincère affection, il fait revivre les doux et lointains souvenirs de la première heure. Il dit cette franche loyauté, ce désintéressement complet qui font de Bonnard le plus sûr, le plus fidèle, le plus dévoué des amis et, lorsque, le toast de Martinier terminé, les deux camarades se donnent l'accolade d'amitié, ils sont l'un et l'autre profondément émus.

La série des discours est close. M. Bonnard doit maintenant répondre à tous ; il le fait avec une émotion difficilement contenue, et il dit toute sa reconnaissance avec un mot aimable pour chacun. Il reporte avec une modestie charmante tout l'honneur de sa décoration sur chacun des groupements professionnels auxquels il appartient, et il s'étonne de se voir tant félicité pour « avoir fait son devoir ». Il rappelle ses débuts à l'Ecole dentaire et il remercie ses maîtres, Ronnet, Chauvin et Blocman, autant d'être venus ce soir que de lui avoir enseigné sa pratique professionnelle. M. Bonnard termine en adressant un respectueux hommage à l'Ecole dentaire de Paris, où il a appris, en même temps que l'art dentaire, l'abnégation et le désintéressement.

Chaque orateur a été salué de vigoureux applaudissements et chaque toast a été l'occasion d'une vive manifestation de sympathie à l'adresse du nouveau légionnaire. Ces manifestations se sont encore accrues à la fin du discours de Bonnard, qui a été accueilli par une triple salve d'applaudissements.

La cérémonie a pris fin au milieu de la plus franche gaieté et l'on s'est séparé avec la conviction que cette fête de famille dont Bonnard était le héros avait scellé une union plus intime entre les divers groupements ; chacun a emporté une part de l'honneur qui a été fait à la profession entière par le Gouvernement en décorant un de ses plus vaillants défenseurs. E. F.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

Cabinets offerts.

1 *Paris, QUARTIER OPÉRA, cabinet ancien, très sérieux;* — rapport actuel 40.000, — à céder pour 15 000 francs comptant avec *toute installation et mobilier.* — Le titulaire actuel resterait *associé* pendant deux ans. — S'adresser à MM. Breitel et Gorel, 1, rue Dante, Paris (5[e] arr.). **(8-3)**

2 **URGENT. A céder** pour 4.000 francs **CABINET DENTAIRE,** situé en *plein centre de Paris*, fondé depuis un an et ayant fait 7.000 francs pendant cette première année. — S'adresser à M. Delile, 24, rue Château-Landon, à Paris. **(9-3)**

3 **A CÉDER petit Cabinet** dans une Ville de 8 000 habitants de la *banlieue de Paris*, 180 francs Loyer et Contributions, rapportant pour 1 ou 2 fois par semaine, 3 à 4.000 francs, *susceptibles d'augmentation.* — A céder 2.500 francs dont 1.500 comptant. — Ecrire *par poste* aux initiales A. G. C. R. aux soins de l'administration du journal. **(10-3)**

4 *Pour cause de santé, **BON CABINET** à **CÉDER** dans grande ville de l'Ouest (**Affaire exceptionnelle**).* — Ecrire *par poste* aux initiales B. V., aux soins de l'administration du journal. **(14-3)**

5 **Cabinet dentaire**, aux *environs de Paris*, à **VENDRE** pour *cause de fatigue.* — Affaires 6.000 francs en allant 2 fois par semaine; loyer 300 francs. Belle installation, prix à débattre. — S'adresser à M. Frenkel, 59, rue de Chaillot, à Paris. **(16-2)**

6 **A CÉDER** *pour cause de santé*, à *Paris*, un **cabinet dentaire** *agréablement situé près des grands boulevards*, fondé depuis 16 ans; *peu de loyer, bail à volonté.* Conviendrait à jeune dentiste diplômé. Affaires 12.000 a 13.000 francs, puis 9.000. — Ecrire *par poste* aux initiales B. L. P., aux soins de l'administration du journal. **(17-2)**

7 *PRESSÉ. — A céder après fortune* dans *grande ville industrielle du Nord,* un *cabinet dentaire* établi depuis 22 ans. — Frais de fournitures : 2.000 francs par an, loyer peu élevé ; chiffre d'affaires : 134.000 francs en ces six dernières années. — Prix de cession à débattre. On resterait quelque temps avec le successeur pour le mettre en relations avec la clientèle. — Ecrire *par poste* aux initiales B. T. D. F., aux soins de l'administration du journal. (19-2)

8 **A CÉDER**, *Paris, centre affaires*, **Cabinet dentaire** faisant 50.000 francs, net 30.000, tenu 12 ans, *cause de santé*, bonnes conditions; — Sur **Grand Boulevard**, affaires 32.000 francs, net 18.000, se retire, ***bonnes conditions.*** — S'adresser à M. Bougault, 45, boulevard St-Michel. — Grand choix d'autres. **(23-1)**

9 Dans **ville** *grand commerce* et **TRÈS RICHE CLIENTÈLE**, *habitation exceptionnellement située*, **Salon et cabinet de consultation très luxueux**; *cabinet d'operation absolument moderne*, pourvu des appareils de stérilisation les plus perfectionnés, avec fauteuil-lit garni cuir: eau, gaz, électricité. Peu de frais. *Conviendrait a Docteur-Dentiste.* — Prix 25.000 francs comptant ou gros à-compte avec garanties. Un seul autre confrère de la ville. — Ecrire *par poste* James B., aux soins de l'administration du journal. **(27-1)**

10 **A CÉDER** *de suite* **Cabinet anglais** fondé depuis 1889, situé dans une *ville du Sud-Ouest* de 40.000 habitants, faisant 16.000 francs d'affaires par an. — Prix demandé 15.000 francs comptant, y compris l'installation du cabinet et de l'atelier. — Ecrire *par poste* aux initiales ABX, aux soins de l'administration du journal. **(28-1)**

11 *A CÉDER* dans *ville de l'Ouest* ***très bon Cabinet dentaire*** créé depuis 8 ans, chiffre d'affaires variant de 16.000 à 18.000 fr., *susceptible d'augmentation;* loyer et contributions 1.700 fr. *Installation moderne.* — Prix 14.000 fr. dont 6.000 comptant, le reste par annuités. Le titulaire restera 1 mois avec son successeur s'il le désire — Ecrire *par poste* aux initiales A.R.T., aux soins de l'administration du journal. **(29-1)**

12 **A CÉDER grand cabinet** dans une *ville du Midi*, 100.000 habitants, installé depuis 35 ans, affaires 30 à 35.000 fr. Bail 1.300 fr. Le titulaire actuel restera associé pendant 6 mois. *Installation parfaite* — Prix exceptionnel 25.000 fr. — Ecrire *par poste* aux initiales C. C., 31, aux soins de l'administration du journal. **(31-1)**

(Voir suite page 192)



OBTURATIONS DE PORCELAINE : PROCÉDÉ SPÉCIAL POUR LA PRISE D'EMPREINTE DE LA CAVITÉ

Par M. HARWOOD (de Lyon)., D. D. S., D. F. M. P.

Le procédé que j'emploie depuis plus de deux ans pour prendre l'empreinte de cavités destinées à recevoir des obturations de porcelaine m'a donné des résultats tels que je crois utile de le porter à la connaissance de mes confrères.

Les procédés pour prendre cette empreinte sont multiples ; je n'en veux rappeler que deux, parce que le mien a quelques points de ressemblance avec eux. C'est d'abord le procédé de l'empreinte au *dental lac* avec l'emploi de la presse d'Ash, qui donne de bons résultats. C'est ensuite le système de coins de notre confrère Bruhn, de Dusseldorf, recommandé par MM. Walter Bruck et Mamlok, dans leurs traités spéciaux. D'après cette méthode, la feuille d'or destinée à la prise de l'empreinte est placée sur un bloc de caoutchouc mou ; un coin en acier, portant sur sa surface une saillie représentant approximativement la forme de la cavité, sert à refouler la feuille d'or sur le bloc de caoutchouc. Lorsque la feuille est ainsi refoulée et qu'elle a pris approximativement la forme de la cavité, on la présente à la cavité dentaire elle-même et l'adaptation exacte y est complétée.

Cette méthode de Bruhn permet d'éviter le plus souvent la déchirure de la feuille d'or en un point qui répond au fond de la cavité ; elle serait parfaite si la correspondance était plus exacte entre la cavité et le coin d'acier ; c'est à cause de cette inexactitude de correspondance que la feuille d'or prend souvent un faux pli, qui empêche, par la suite, l'adaptation d'être parfaite.

Avec la méthode que je préconise, cet inconvénient est évité.

La substance à empreinte que j'emploie, c'est la *Crown composition* d'Ash ; je la chauffe légèrement et, à l'aide d'une spatule mince et rigide, je la porte dans la cavité préparée et desséchée ; je presse ce fragment de composition dans la cavité, et, lorsque l'adaptation est complète, je sors l'empreinte ainsi obtenue en crown composition. Je la plonge dans l'eau froide ; elle se détache alors aisément de la spatule.

Il ne me reste qu'à la fixer sur un bloc de cire. Pour cela je me sers d'un manche de pied de biche ou de couteau, dont la virole de cuivre, longue de 1 centimètre environ, est préalablement remplie de cire à cacheter. Je chauffe légèrement la surface de cette cire à cacheter à la surface d'une flamme ; dès qu'elle est légèrement ramollie, j'applique à sa surface l'empreinte durcie en crown composition ; l'empreinte et la cire adhérente à un manche de bois constituent alors un seul coin, comparable à un cachet à cire ordinaire, dont le cachet, au lieu d'être en creux, serait en relief, celui-ci n'étant autre en l'espèce que l'empreinte de la cavité à obturer. C'est le coin de la méthode de Bruhn, mais un coin reproduisant exactement la forme de la cavité.

Le tampon sur lequel ma feuille d'or est refoulée n'est autre qu'un bloc de caoutchouc Faber, pour fusains extra-mous.

Je place la feuille d'or sur le bloc de caoutchouc Faber, et j'applique sur la dite feuille le coin en crown composition ; j'exerce alors sur le coin une série de pressions énergiques, et j'obtiens ainsi, sans déchirure de l'or, la reproduction exacte de la forme de la cavité. Il n'y a pas à craindre l'effritement de l'empreinte en crown composition ; elle résiste sans s'écraser à toutes les pressions que, sous cette forme, l'on peut exercer.

La feuille d'or ainsi moulée est ébarbée de son excédent et elle est placée dans la cavité de la dent où l'on constate que son adaptation est aussi parfaite qu'il est possi-

ble. Il ne reste plus qu'à obtenir l'adaptation idéale qui doit mener à un résultat parfait : on l'obtient à l'aide de fouloirs dont les extrémités sont en caoutchouc mou ; il existe un gros fouloir, imaginé par Bruck, dont je me sers pour commencer l'adaptation ; j'en ai construit un plus petit, qui me sert à terminer l'adaptation de l'or aux parois de la cavité.

Grâce à cette technique, j'obtiens une reproduction fidèle des bords et du fond de la cavité, et les résultats esthétiques de mes obturations de porcelaine se trouvent considérablement accrus.

Je n'ai rien à ajouter aux opérations qui doivent suivre la prise de l'empreinte, parce que je n'ai rien de personnel à dire. J'ai jugé utile de publier ce détail de technique que j'aurai d'ailleurs l'occasion de démontrer bientôt dans nos réunions professionnelles.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8 francs.**
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie.* **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

Cabinets demandés.

13 Un **diplômé de la Faculté de Médecine de Paris** et D. D. S. de **Chicago** désire **ACHETER un CABINET.** — Ecrire *par poste* aux initiales A. R. aux soins de l'administration du journal. **(12-3)**

14 ***Chirurgien-Dentiste*** D. E. D. P., *de la Faculté de Médecine de Paris*, possédant un ***certain capital***, désire reprendre à ***Paris*** un ***Cabinet*** faisant de 20 à 30.000 francs, après y avoir été comme *opérateur* un certain temps. — Ecrire *par poste* aux initiales A. G. D., aux soins de l'administration du journal. **(22-1)**

15 **Chirurgien-dentiste,** 32 ans, *présentant bien*, **disposant capitaux,** *habitué à clientèle d'élite*, cherche dans le *Midi* et en particulier à *Bordeaux*, **association** dans un *Cabinet très important* pour **acquérir** ensuite, ou **ACHETERAIT gros cabinet dentaire.** — Ecrire *par poste* aux initiales O. P. Q., aux soins de l'administration du journal. **(26-1)**

Emplois offerts.

16 ***PRESSÉ.*** — On demande pour ***GÉRER UN CABINET*** dans une *ville de l'Est* un *Opérateur, diplômé de la Faculté de Médecine*, qui pourrait éventuellement prendre la suite de ce Cabinet.— Ecrire *par poste* aux initiales H. Z., aux soins de l'administration du journal. **(11-3)**

17 **ON DÉSIRE** trouver pour un **CABINET** d'une *grande ville de province* un **TRES BON OPERATEUR** *diplômé de la Faculté de Médecine*, et un **TRES BON OPERATEUR ANGLAIS** ou **AMERICAIN** *pouvant exercer en France.* — Ecrire ***par poste*** aux initiales C. L., aux soins de l'administration du journal. **(13-3)**

18 **On désire** se **METTRE EN RAPPORT** avec **jeune dentiste diplômé** *connaissant à fond toutes les branches de sa profession et se sentant capable de rendre service dans un cabinet sérieux à Paris.* — Ecrire aux initiales M. P., 28, *poste restante.* Bureau, n° 35, à Paris. **(21-2)**

19 *URGENT.* On demande *opérateur* ou *acquéreur diplômé*, ou *gérant* avec *future succession*, ou *associé même sans avances de fonds.* S'adresser à M. Lécuyer, 274, boulevard Raspail, à Paris. **(30-1)**

Emplois demandés.

20 **Chirurgien-Dentiste** *diplômé de la Faculté de Médecine* et de l'*Ecole dentaire de Paris*, connaissant le Cabinet, **bonnes références,** demande place d'**OPÉRATEUR** pour *Paris* et *Province.* — Ecrire *par poste* aux initiales P. B., aux soins de l'administration du journal. **(7-3)**

21 **Recommandé. — BON OPÉRATEUR,** *diplômé de la Faculté de Médecine de Paris*, demande place de suite, Paris ou Province. — Ecrire *par poste* aux initiales D. O., aux soins de l'administration du journal. **(15-3)**

22 ***Mécanicien-Dentiste,*** connaissant à fond les *travaux du laboratoire* (caoutchouc et métal), ***DEMANDE*** place à ***Paris*** ou en ***province***. — Ecrire *par poste* aux initiales M. T., aux soins de l'administration du journal. **(20-2)**

23 **DIPLOMÉ** de *l'Ecole dentaire de Paris* et de la *Faculté de Médecine de Paris*, **bon opérateur,** *connaissant à fond toutes les branches* de sa profession, ayant *possédé cabinet important*, désire **SITUATION** à Paris. — Ecrire *par poste* à M. le docteur Barthe, 7, avenue Trudaine, à Paris. **(24-1)**

24 *Opérateur-mécanicien* parlant *deux langues*, ayant fait 4 ans d'apprentissage chez D. D. S., sachant opérer et bien au courant de toutes les parties de la prothèse : caoutchouc, or, couronnes, travaux à pont, ***cherche place de suite*** ou *plus tard*, Paris ou province. — Ecrire *par poste* aux initiales R. H., aux soins de l'administration du journal. **(25-1)**

Divers.

25 **Chirurgien-Dentiste connu,** établi sur **grands boulevards**, disposant d'un grand appartement, **LOUERAIT UN SALON ET UN CABINET** à *confrère* ayant petite clientèle. — **Conditions avantageuses.** — Ecrire *par poste* aux initiales V. L., 24., aux soins de l'administration du journal. **(18-2)**

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 5 janvier 1904.

La séance est ouverte à 8 h. 45 sous la présidence de M. Loup.

Les procès-verbaux des séances d'octobre et de novembre 1903 sont adoptés sans discussion.

M. Roy s'excuse de ne pouvoir montrer à la Société le malade qu'il devait présenter; ce malade a eu un accident et sera présenté à une date ultérieure.

M. Choquet remet sa communication à la séance de février, parce que l'article du Dr Mahé, auquel il doit répondre, n'est pas encore paru dans les Archives de Stomatologie.

I. — Présentation de travaux a pont, par M. Richard-Chauvin, professeur a l'Ecole dentaire.

Le travail de M. Richard-Chauvin est publié dans ce numéro, page 169.

Discussion.

M. Touvet-Fanton. — M. Richard-Chauvin, dont les travaux méritent les plus vives félicitations, nous parle des nombreuses difficultés de construction des appareils à pont, de leur possibilité de fracture et de la difficulté de réparation. Pour ma part, je pense que tout appareil à pont doit être mobile sur ses piliers ; c'est pour cela que j'emploie dans la construction des appareils à pont les pivots à rotule, que j'ai imaginés et que j'ai présentés à la Société d'Odontologie, il y a quelques années. Si M. Chauvin avait employé mes pivots à rotule, il n'aurait pas eu tant de difficultés de construction et de réparation après fracture ; il aurait eu aussi moins de peine à poser les appareils si importants qu'il nous a présentés.

M. Godon. — Je suis heureux de voir confirmer sur l'un des malades de notre habile confrère, M. Chauvin, les résultats de consolidation par des bridges des dents atteintes de polyarthrite, parce que j'ai lu récemment dans le *Dental Cosmos* un article où l'on conseillait de consolider par des bridges les dents ébranlées par la polyarthrite.

Je suis très partisan des travaux à pont ; j'ai d'abord été partisan des ponts mobiles, puis je suis devenu partisan des ponts fixes. L'inconvénient des dents fracturées n'est pas aussi fréquent que l'on veut bien le dire, si l'on a soin d'assurer un parfait engrènement des dents. Le pont fixe a sur le pont mobile une supériorité de stabilité et d'immobilité incontestable, et il est rare de voir un pont mobile aussi solide, aussi stable que ceux que nous présente M. Chauvin ce soir. Je crains que le pivot à rotule n'enlève aux bridges cette stabilité, cette fixité nécessaires à leur bon fonctionnement.

M. Platschick. — Les conseils que donne M. Chauvin pour éviter la déformation et la rétraction du métal sont parfaits, et je crois excellentes cette méthode de fabrication par blocs successifs et cette lutte contre le resserrement par une série de barres parallèles. Le principal inconvénient du bridge restera dans la fracture possible des dents ; malgré tous les soins apportés à l'articulation dentaire, cet accident se produira fatalement. Le seul moyen de faire disparaître l'unique obstacle à la vulgarisation du bridge, c'est de trouver des dents interchangeables.

M. Touvet-Fanton. — Les pivots à rotule n'enlèvent aucune stabilité aux appareils à pont, mobiles ou fixes : ils leur donnent simplement de l'élasticité et c'est cette élasticité qui me paraît devoir diminuer les chances de fracture de l'appareil et des dents.

M. d'Argent. — J'ai employé, depuis la présentation de M. Touvet en 1902, une soixantaine de pivots à rotule pour la construction de travaux à pont d'importance variable ; leur emploi rend plus aisées l'exécution et la mise en place des bridges. Il est certain que les bridges construits à l'aide de pivots à rotule ont un mouvement d'élasticité que n'ont pas les bridges à pivots fixes, et je suis convaincu que cette élasticité est une des causes pour lesquelles j'observe très rarement des fractures sur les appareils à pont que je construis avec ces pivots.

M. Martinier. — Je ne comprends pas comment le pivot à rotule peut empêcher la fracture d'une dent d'un appareil à pont dont le squelette est intact. J'ai essayé les pivots à rotule, qui ne m'ont pas donné les résultats que je croyais pouvoir en retirer, et je crois que l'élasticité dont parlent ses partisans n'est pas capable d'empêcher les fractures des dents, qui proviennent surtout d'une insuffisance de soin du côté de l'engrènement dentaire.

M. Richard-Chauvin. — Les appareils à pont mobile ont une durée aussi grande que les appareils à pont fixe : tout récemment j'en ai remplacé un qui durait depuis plus de treize ans. Je ne saisis pas très bien l'élasticité dont parle M. Touvet-Fanton : monté sur pivots à rotule ou non, l'appareil recevra toujours les chocs de la mastication et je ne comprends pas comment les pivots à rotule empêcheront les

dents de se fracturer. D'ailleurs les essais que j'ai fait des pivots à rotule ne m'ont pas donné de bons résultats et je les ai abandonnés.

M. Loup. — Nous remercions M. Richard-Chauvin de sa très intéressante communication, qui nous a permis d'admirer, une fois de plus, sur des malades, l'habileté opératoire si justement appréciée de notre excellent confrère, auquel nous adressons toutes nos félicitations.

II. — Le terrain en odontologie (suite) ; le terrain dans l'étiologie de la carie dentaire, par le Dr L. Frey, professeur a l'Ecole dentaire de Paris.

M. Frey donne lecture de cette communication, qui a été publiée dans le journal *L'Odontologie*, n° du 15 janvier 1904, page 11.

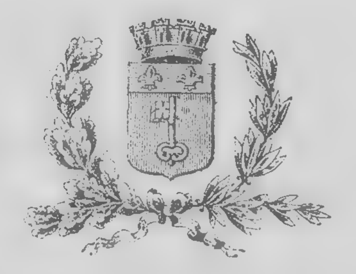
Elle est accueillie par d'unanimes applaudissements, et *M. Loup* se fait l'interprète de la Société en remerciant M. Frey de son très important travail.

La séance est levée à onze heures.

Le Secrétaire général,
Dr Friteau.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

SECTION D'ODONTOLOGIE



SESSION D'ANGERS

Séance du jeudi 6 août 1903, matin.

Présidence de M. Sicard (d'Angers).

Démonstrations pratiques.

I. — Masque pour chlorure d'éthyle.

M. Siffre présente un masque simple et pratique en caoutchouc pour l'administration du chlorure d'éthyle comme anesthésique général avec des ampoules interchangeables sans enlèvement du masque.

II. — Anesthésie générale au sœmnoforme.

M. Rolland présente un nouveau masque en verre dont toutes les parties sont stérilisables et fait, au moyen de ce masque, une démonstration d'anesthésie au sœmnoforme sur une femme de 35 ans. L'inhalation dure 25 secondes, l'anesthésie 3 minutes; extraction de trois racines, réveil rapide sans malaise.

III. — Anesthésie locale par la cocaine.

M. Sauvez fait une démonstration pratique d'anesthésie locale au moyen de la cocaïne avec adjonction de chlorure d'éthyle en pulvérisation.

A un homme de 25 ans il est injecté 1 centig. d'une solution à 1 o/o de chlorhydrate de cocaïne. Période d'attente de 2 minutes, puis, au moment de pratiquer l'extraction, pulvérisation sur la gencive d'un mélange de chlorure d'éthyle et de chlorure de méthyle. Extraction de deux racines de prémolaires supérieures. Le malade n'accuse aucune douleur.

IV. — Présentation de malades.

M. Bouvet présente des résultats éloignés de prothèse restauratrice des maxillaires.

V. — Dévitalisation pulpaire.

Le Dr Granjon fait une démonstration sur un procédé spécial de dévitalisation pulpaire rapide, basé sur la possibilité (déjà connue) de faire pénétrer par compression du chlorhydrate de cocaïne dans le tissu pulpaire pour l'anesthésier. Cette pénétration est obtenue beaucoup plus facilement par l'emploi de la vapocaïne comme véhicule de la cocaïne et par l'adjonction de l'adrénaline pour faire agir beaucoup mieux ce produit et empêcher l'infiltration du sang dans la dentine (coloration noire) et dans le périoste (douleurs vives les jours suivants). Pour enlever les derniers fragments de pulpe et les ramuscules nerveux, il fait une nouvelle compression avec adjonction de gaïacol, antiseptique, anesthésique et peu irritant.

VI. — Emploi de l'adrénaline.

M. le Dr Granjon, faute de malade sur lequel il puisse pratiquer la dévitalisation pulpaire par son procédé, fait une démonstration sur l'emploi de l'adrénaline associée à la cocaïne dans les extractions dentaires, emploi permettant d'obtenir une anesthésie parfaite avec des doses minimes. Il présente dans ce but une seringue parfaitement étanche pour injecter dans les tissus très denses, tels que la gencive, le mélange anesthésique sous pression forte et continue, sans fatigue ou effort pour l'opérateur et sans perte de liquide.

VII. — Anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

M. Blatter fait une démonstration sur l'emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique général par une méthode simplifiée au moyen d'une simple compresse par la projection directe entre la compresse et le nez.

Le sujet aspire ainsi des vapeurs de chlorure d'éthyle et de l'air et, au moment de la perte de connaissance, il applique la compresse sur le nez de façon à ce que le chlorure d'éthyle seul soit respiré.

A un sujet de 25 ans déjà opéré avec la cocaïne il est administré 3 centig. 1/2. Durée de l'anesthésie: 1 minute. Extraction de deux racines sans aucune douleur. Réveil rapide.

VIII. — Emploi du chloroforme.

M. le Dr Friteau fait une démonstration sur l'emploi du chloroforme dans la position de Röse en art dentaire.

Malade 35 ans, déjà anesthésiée au somnoforme 1/2 heure auparavant.

La malade est mise dans la position de Röse, la tête complètement renversée en arrière. Le chloroforme est donné avec une compresse par la méthode des gouttes: 2 à 3 gouttes toutes les cinq ou six aspirations.

Au bout de 8 minutes avec 6 grammes de chloroforme la malade est en résolution musculaire: réflexe cornéen aboli, mais réflexe pupillaire intact.

Deux grosses molaires et quatre racines d'incisives et de prémolaires supérieures sont enlevées.

Le Dr Friteau montre alors les daviers qu'il a fait construire pour

extraire les grosses molaires inférieures dans la position de Röse ; au nombre de deux, ce sont des daviers à dent de sagesse supérieure dont les mors ont été modifiés d'après la forme des dents et des racines des molaires inférieures.

IX. — Poire a eau chaude.

M. le Dr Pont présente une poire à eau chaude électrique d'une grande simplicité.

X. — Présentation du four électrique Hammond.

M. E. Genter, de la Société française de fournitures dentaires, présente ce four, fixé sur son rhéostat et ne formant qu'une seule pièce avec ce dernier. Ce four se branche donc directement et se fait pour tous les courants ayant un minimum de 52 volts.

L'avantage principal du four Hammond est que ses moufles en terre réfractaire, protégés par une sorte de baril métallique, sont démontables et de plus facilement réparables en raison des fils de platine qui se trouvent partout en bordure à l'intérieur du moufle, et dégagent ainsi une chaleur égale, à quelque endroit que l'on pose la pièce.

Il a également le grand avantage de pouvoir cuire les pâtes à haute température, quel que soit leur degré de fusion.

Il existe quatre modèles de différentes grandeurs, permettant ainsi aussi bien la cuisson rapide des plus petits blocs que celle des pièces complètes en gencive continue.

L'avantage particulier du four présenté (modèle n° 2) est qu'il a lui-même trois moufles interchangeables de différentes grandeurs. C'est en quelque sorte la méthode la plus pratique, puisque l'on peut y cuire instantanément les blocs, couronnes, pièces partielles et bridge-works.

Séance du jeudi 6 août, après-midi.

Présidence de M. Delair, président.

La séance est ouverte à 2 heures.

I. — Actinomycose cervico-faciale.

M. Pont donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. p. 65, n° du 30 janvier 1903).

Discussion.

M. Pont ajoute que l'étiologie de l'actinomycose est assez obscure.

M. Roy demande quel est le traitement chirurgical ou médical.

M. Friteau fait observer que la cause peut être attribuée accidentellement à une inoculation par une graine de graminée.

M. Page demande si la cause est due ici à la pyorrhée ou si celle-ci n'a été qu'une simple porte d'entrée.

M. Pont répond en indiquant le traitement médical pour cause d'absence d'accidents osseux, en déclarant n'avoir pas dans son cas trouvé la cause exacte, car l'infection peut remonter à plusieurs mois aupa-

ravant et en faisant remarquer que la pyorrhée prédispose et produit un *locus minoris resistentiæ*.

M. Page demande si l'actinomycose est d'origine dentaire ou gingivo-dentaire.

M. Pont répond que toute injection peut ouvrir une porte à l'infection.

M. Friteau pense que le malade a été inoculé accidentellement primitivement et que le cure-dent n'est que l'agent secondaire.

M. Delair remercie M. Pont de sa communication et croit être l'interprète de l'assemblée en le félicitant de sa remarquable observation.

II. — Influence du sœmnoforme sur les centres nerveux. Recherches sur la localisation de cette influence. Son action sur le cervelet.

M. Rolland donne lecture d'une communication portant ce titre.

Discussion.

M. Page. — Ne pourrait-on pas donner aux différentes phases signalées le nom de flore ? On sait que les quatre sensibilités (tactile, thermique, douloureuse et musculaire) des membres et du tronc passent par le cordon postérieur de la moelle, formé par les racines sensitives des nerfs rachidiens. Ainsi que l'a rappelé fort justement M. le D[r] Rolland, les sensibilités thermique et douloureuse arrivent à l'écorce cérébrale, en passant par l'écorce cérébelleuse, où elles sont conduites par le faisceau de Gauvers, c'est-à-dire par le faisceau antéro-superficiel du cordon latéral de la moelle. Mais, si nos souvenirs sont bien exacts, contrairement à ce que pense notre distingué collègue, la sensibilité tactile cesse également à l'écorce cérébrale en passant par l'écorce cérébelleuse, où elle est conduite par le faisceau cérébelleux ascendant, c'est-à-dire par le faisceau postéro-superficiel du même cordon latéral.

Ces trois sensibilités (tactile, thermique et douloureuse) sont ensuite transmises du cervelet au cerveau par le pédoncule cérébelleux supérieur. Seule, la sensibilité musculaire des membres et du tronc arrive à l'écorce cérébrale sans passer par l'écorce cérébelleuse. Conduite au bulbe par le faisceau de Goll, c'est-à-dire par le faisceau interne du cordon postérieur, elle est ensuite transmise du bulbe au cerveau par le faisceau de Röse.

Cela étant donné, ne semble-t-il pas étonnant que l'anesthésie par le sœmnoforme, qui, comme l'a si clairement démontré M. Rolland, atteint également toutes les cellules de Purkinje situées dans l'écorce cérébelleuse, ne suspende pas simultanément les trois sensibilités, tactile, thermique et douloureuse ? Il y a là un point qui nous paraît digne d'exercer la sagacité de l'auteur de cette communication, à tous égards si remarquable.

M. Pont trouve très intéressantes les altérations décrites par M. Rolland. Ces altérations ont pour effet d'amener une sorte de rétrécissement en lacis dendritique. Or, après les découvertes de Van Gehneter, Golgi, Ramos y Cajal, etc., plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer le sommeil et l'anesthésie : l'une entre autres

prétend qu'il se produit un retrait des faisceaux et un arrêt de contact avec les cylindres-axes. Il semble que les recherches de M. Rolland viennent donner un appui histologique et clinique à cette hypothèse.

M. Rolland répond : 1° A M. Page, qu'il ne croit pas que l'on puisse donner le nom de flore à des lésions pathologiques provoquées par le sœmnoforme, car ce serait une flore à l'envers. Il propose de ne donner aucun nom à ce processus expérimental ;

2° A M. Julien, que la seule chose que MM. Cavalié et lui aient affirmée, ce sont les transformations qu'ils ont constatées sur les dendrites et le corps des cellules pyramidales et de Purkinje. Quant à la marche des faisceaux sensitifs de la moelle au cerveau, le Dr Rolland dit que les opinions des différents auteurs ne sont pas encore considérées comme des vérités classiques. C'est donc à l'état d'hypothèse qu'il s'est permis une interprétation des phénomènes cliniques qu'il a observés. Il se promet d'étudier les très intéressantes observations de M. Julien et d'y répondre comme il convient, quand il aura pu se former une opinion plus précise et plus complète ;

3° A M. Pont, que toutes les opinions sont émises sur ce point ; ainsi si pour certains l'état moniliforme est l'expression de l'activité, pour d'autres, l'apparition des varicosités serait l'impression de la fatigue et que leur disparition marquerait le retour à l'activité,

M. Delair remercie M. Rolland de sa communication. Il espère que ses recherches sur ce sujet ne s'arrêteront pas là et que M. Rolland communiquera encore la suite de ses intéressants travaux.

III. — Prothèse vélo-palatine dans un cas de disparition totale de la dentition.

M. Vichot (de Lyon) donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. n° du 30 janvier 1903).

M. Delair félicite l'auteur de l'ingéniosité du procédé de rétention imaginé pour le cas en question et le remercie d'avoir apporté une preuve de plus de la simplicité et des résultats obtenus par l'emploi de son voile en caoutchouc mou.

Il espère que, par suite de la vulgarisation des travaux faits dans cette partie de la prothèse, le nombre des malheureux porteurs de cette infirmité pourra être de plus en plus réduit et que les dentistes pourront s'enorgueillir d'avoir comblé le fossé qui séparait ces déshérités de la nature de leurs semblables et en faisait des êtres à part dans la société.

IV. — De l'intervention dans les suppurations d'origine dentaire

M. Roy donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. n° du 15 octobre 1903).

Discussion.

M. Pont. — M. Roy parle-t-il de l'indication résultant de l'âge du malade ? Dans certains cas en effet la conduite du praticien doit différer totalement s'il s'agit de dents temporaires ou de dents permanentes. Il est certain que nous devons être tous conservateurs à outrance

lorsqu'il s'agit de dents temporaires ; toutefois lorsqu'on est en présence d'un enfant débile, lymphatique, on doit agir vite et ne pas temporiser, car autrement on s'expose à voir se produire une complication ostéomyélitique dont j'ai publié plusieurs cas l'année dernière. A l'un de mes malades j'ai enlevé un séquestre dans lequel les deux prémolaires étaient englobées comme la bille d'un grelot.

M. Delair. — Je remercie M. Pont de sa communication, qui est la mise au point d'une question qui a déjà été souvent à l'ordre du jour sans parvenir toutefois à mettre tout le monde d'accord.

V. — Influence de l'extraction de la dent de 6 ans sur l'évolution de la dent de sagesse.

M. Siffre donne lecture de cette communication.

Discussion.

M. Roy. — Je constate que la dent de sagesse est au moins en voie de disparition, si l'on considère qu'elle manque fréquemment, au moins au point de vue éruptif, et qu'elle est fréquemment atteinte de nanisme.

D'autre part, en m'appuyant sur les recherches de M. Siffre, qui montrent que le maxillaire inférieur diminue, je pense que la dent de 6 ans doit être conservée parce que la dent de sagesse dans son travail évolutif peut contribuer à l'allongement de la ligne alvéolaire et que plus tard, si une dent doit être supprimée, c'est la dent de sagesse de préférence à la dent de 6 ans, à cause de l'importance de cette dent au point de vue masticatoire et des troubles d'articulation qu'amène son extraction précoce.

M. Sauvez critique le titre choisi par M. Siffre pour sa communication, qui serait mieux intitulée, suivant lui « de la disparition de la dent de sagesse », demande l'âge auquel devrait se faire l'extraction de la dent de 6 ans et critique également l'articulation résultant de cette extraction.

M. Page estime impossible d'établir une règle fixe sur l'opportunité de l'extraction ; on doit s'en rapporter au cas en présence.

M. Granjon constate que M. Siffre donne, comme argument important, la constatation de l'atrophie de la dent de sagesse chez les peuples civilisés, sa conservation chez les peuplades sauvages, d'où il conclut qu'il y a seulement une atrophie d'ordre **pathologique**. Mais, s'il en est ainsi, pourquoi cette dent est-elle seule touchée ? N'est-il pas plus logique d'admettre qu'il y a réellement **régression** chez les peuples civilisés parce que la dent de sagesse fonctionne très peu, n'ayant plus à mastiquer des aliments durs et mal cuits ?

M. Godon propose d'ajourner la discussion à une séance ultérieure.

M. Siffre la reprendra à la Société d'Odontologie.

M. Delair félicite M. Siffre de son intéressant travail et regrette que l'étendue du sujet ne permette pas de le discuter à fond ; il s'associe à la demande de M. Godon que cette discussion soit reprise à une réunion de la Société d'Odontologie.

VI. — Orthodontie.

M. Martinier donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. n° du 15 novembre 1903).

VII. — Orthopédie dentaire. Appareils extenseurs des machoires.

M. d'Argent donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. n° du 30 novembre 1903).

Il est décidé que ces deux communications seront discutées ensemble à cause de leur similitude.

Discussion.

M. Siffre. — Il doit être entendu que ce n'est pas *diminution* qu'on doit dire, mais *insuffisance* de développement ou hypotrophie du maxillaire.

M. Sauvez présente quelques observations.

M. Martinier. — M. Siffre nous fait remarquer que le terme *atrésie* est susceptible de discussion. Je lui répondrai que j'ai eu soin de dire qu'il est conventionnel en orthodontie et je le renvoie à M. de Croës qui, dans un récent travail, a fait justement remarquer que cette appellation est impropre.

M. Sauvez me demande si je désengrène toujours mes dents en recouvrant les prémolaires et les molaires.

Je lui répondrai que ce désengrènement est indiqué par le redressement lui-même, mais que dans l'immense majorité des cas cela est indispensable. Je ne crois pas qu'avec un appareil bien combiné, bien confectionné et bien appliqué les dents supérieures dévient, si les dents ne sont pas recouvertes, le travail de physiologie devant s'effectuer principalement sur la hauteur du bord alvéolaire à l'endroit où la pression est exercée. Il est vrai toutefois que la rétention des app - reils est plus difficile dans ce cas et que théoriquement les points d'appui nombreux sont préférables.

Quant au traitement en ce qui concerne l'extension du maxillaire supérieur d'abord, du maxillaire inférieur ensuite, on peut parfaitement faire l'extension simultanément si le cas l'indique.

A l'égard de la communication de mon ami d'Argent, je trouve que c'est une importante contribution à l'orthodontie et je ne diffère d'avis avec lui que sur le choix de l'appareil.

M. d'Argent. — Je me suis décidé à me servir de ces appareils dont la force, la rigidité et la précision ont dû vous frapper, parce que je suis certain d'arriver au but avec eux, tandis que j'ai souvent échoué avec les autres, qui ne possèdent pas au même point ces qualités.

En réponse aux demandes de M. Sauvez, j'emploie des appareils avec ou sans gouttière recouvrant les molaires, suivant les sujets, leur âge, leur docilité, la surveillance des parents, et je n'ai pas constaté que les molaires prennent une inclinaison plus grande dans un cas que dans l'autre.

Quant à ce que M. Martinier avance concernant la supériorité du

ressort sur la vis, au point de vue de la fréquence des visites des malades, je dirai que l'expérience des deux systèmes seule peut trancher cette question. Or, mes malades mettent eux-mêmes leurs appareils en action, et celle-ci est progressive, constante, tandis que les ressorts agissent énergiquement au début et s'amollissent vite.

En résumé le redressement est une lutte du dentiste contre tous : l'anomalie à réduire, l'intolérance du malade, les parents etc. et il faut que le praticien se réserve les plus grandes chances de succès ; c'est pourquoi j'ai combiné mes appareils.

VIII. — Résultats éloignés des redressements tardifs.

M. Godon donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. n° du 30 octobre 1903).

Discussion.

M. Martinier appuie les conclusions de M. Godon en ce qui concerne la possibilité des redressements tardifs.

M. Vichot (d'Angers). — A l'appui de la communication de M. Godon je citerai un cas que j'ai d'ailleurs présenté au Congrès de 1900. Il s'agit d'une jeune fille de 23 ans à laquelle j'avais à corriger un prognathisme exagéré du maxillaire supérieur. Ce redressement fut obtenu assez rapidement en même temps qu'une dilatatation du maxillaire inférieur, et, bien qu'il se soit écoulé plus de trois ans depuis cette intervention, je n'ai pas constaté un seul changement dans la position soit des dents, soit du maxillaire, bien que je voie le sujet encore de temps en temps.

M. Delair. — Je remercie M. Godon de sa communication et je le félicite de la somme de travail et du dévouement qu'il ne cesse d'apporter à toutes ces questions professionnelles, malgré ses nombreuses occupations.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

JUGEMENT DU 5 FÉVRIER 1904.

Le Syndicat des dentistes du Nord-Ouest de la France contre Mlle Marie Lagrange.

Le tribunal statuant sur les conclusions du ministère public, attendu que l'inculpée Marie Lagrange reconnaît que, sans être munie du diplôme de chirurgien-dentiste et sans avoir été patentée comme telle en 1892, elle a posé des dents artificielles à Brest où elle s'est installée rue de la Rampe, 1. Attendu que par un bulletin imprimé elle a annoncé au public qu'elle ferait pendant le mois de janvier 1904 des dents artificielles à 2 francs et dentiers complets à 40 francs. Qu'elle pourrait être consultée de 8 heures du matin à 5 heures du soir pour la pose des dents artificielles et dentiers placés sans couper ni extraire les mauvaises dents et racines. Attendu que si la fabrication des dents artificielles et des dentiers ne constitue pas l'exercice de l'art dentaire, la pose des dents et des appareils dans la bouche des patients rentre au contraire dans l'exercice de cet art ; qu'elle nécessite des connaissances spéciales puisque, si elle est défectueuse ou réalisée dans des conditions défavorables, elle peut entraîner des accidents graves. Attendu qu'il y a lieu de faire application à l'inculpée des dispositions de l'article 18 § 2 de la loi du 30 novembre 1892. Statuant sur les conclusions de la partie civile, attendu que l'inculpée a causé un préjudice aux dentistes de Brest dont le syndicat est fondé à demander réparation. Qu'il conclut à l'allocation d'un franc à titre de dommages et intérêts. Qu'il y a lieu de faire droit à cette demande attendu que l'inculpée ne devant pas séjourner à Brest, il n'y a lieu d'ordonner l'insertion du présent jugement, par ces motifs. Vu les articles 2, 16, 18 de la loi du 30 novembre 1892, condamne Marie Lagrange à cinquante francs d'amende, la condamne à 1 franc de dommages et intérêts envers la partie civile, condamne celle-ci aux dépens, sauf son recours contre Marie Lagrange, fixe au minimum la durée de la contrainte par corps, rejette le surplus des conclusions.

(Voir la suite page 208.)

Dr FRANK

Nous avons publié dans notre numéro du 30 novembre 1903 une notice nécrologique sur notre regretté confrère, le Dr Frank, de Vienne, membre du Conseil exécutif de la F. D. I.



Nous croyons être agréables à nos lecteurs en reproduisant sa photographie, qui nous a été récemment adressée par son remplaçant à la Fédération, M. le Dr Weiser, de Vienne.





LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, *45, rue de La Tour-d'Auvergne.*

Pathologie des dents et de la bouche, par L. Frey et G. Lemerle.

Le livre de MM. Frey et Lemerle fait partie du *Manuel du chirurgien-dentiste*, publié sous la direction de M. Godon ; les auteurs ont fait, à l'occasion de la deuxième édition de ce volume, qui vient de paraître chez Baillière, une série de modifications qui ont augmenté la valeur pédagogique et scientifique de l'œuvre première de M. Frey.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à la pathologie dentaire. L'étiologie de la carie est un chapitre des plus intéressants, où les auteurs n'ont pas montré moins d'érudition que de méthode. Les travaux les plus récents sont classés de telle sorte que l'étudiant et le praticien y trouveront d'utiles renseignements. Après avoir méthodiquement exposé les symptômes de la carie, les auteurs se sont livrés à une étude clinique très complète des complications de la carie ; l'une de ces complications a permis aux auteurs de donner l'appui de leur autorité à la conception anatomique du ligament alvéolo-dentaire, en remplaçant les termes de périodontite ou de périostite par le mot d'arthrite, plus en rapport avec les notions anatomiques actuelles, et nous ne pouvons que les louer d'avoir placé ce mot d'arthrite, journellement employé dans notre pratique journalière, dans un livre classique : l'arthrite alvéolo-dentaire a ainsi reçu une consécration officielle.

Au chapitre complications de la carie, est annexée l'étude des sinusites, les auteurs montrant ainsi le rôle prépondérant joué par la carie dans l'étiologie des infections du sinus : la symptomatologie de l'empyème est très complète et la valeur diagnostique de chaque signe est parfaitement mise en lumière ; il y a là un chapitre véritablement remarquable illustré de quelques figures qui seront d'une grande utilité pour nos élèves.

Les accidents de dentition, depuis ceux des dents temporaires jusqu'à ceux de la dent de sagesse, en passant par les accidents de la deuxième période de dentition, les anomalies dentaires et maxillaires, les lésions traumatiques des dents, les kystes radiculaires sont l'objet d'une étude complète, au cours de laquelle les monographies les

plus récentes sur ces points spéciaux de pathologie dentaire mettent au point tous les détails d'étiologie et de symptomatologie de ces diverses affections. Un chapitre spécial est consacré aux affections dentaires d'origine arthritique : les érosions chimiques des arthritiques hyperacides donnent lieu à une très intéressante description. La polyarthrite alvéolo-dentaire est une des questions les plus complètement mises au point : là encore, les auteurs ont abandonné les vieilles expressions de pyorrhée alvéolo-dentaire, de gingivite expulsive, d'ostéo-périostite, de gingivo-arthrite infectieuse, pour admettre et consacrer l'expression plus anatomique de Redier (de Lille) de polyarthrite alvéolo-dentaire : les passages relatifs à l'étiologie, à l'anatomie pathologique, aux symptômes et aux complications de la polyarthrite permettront aux lecteurs de connaître ou de classer les travaux les plus récents.

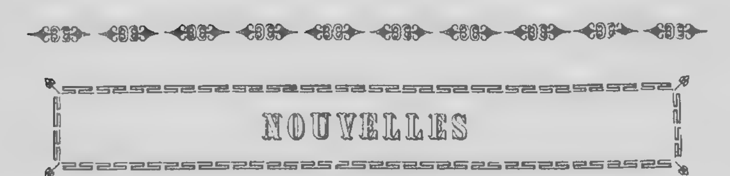
La deuxième partie de l'ouvrage de MM. Frey et Lemerle est consacrée à l'étude des maladies de la bouche. Les stomatites donnent l'occasion aux auteurs d'étudier le tartre dentaire et de mettre en valeur les récents travaux de Kirk et de Michaëls. Nous n'avons pas trouvé dans les chapitres ayant trait aux diverses affections de la langue, des glandes salivaires et des mâchoires, de très importants changements entre la première et la seconde édition. Les auteurs ont ainsi établi qu'il n'y avait guère eu de travaux importants dans la pathologie buccale dans ces dernières années. D'autre part, comme les chapitres sur la pathologie dentaire sont complètement transformés, et qu'ils le sont aux dépens d'un très grand nombre de travaux français, la conclusion à tirer de cette nouvelle édition est que les progrès accomplis par la pathologie dentaire sont en grande partie dus à nos concitoyens.

En résumé le livre de MM. Frey et Lemerle continue dignement la série des volumes de la deuxième édition du *Manuel du chirurgien-dentiste*, si bien commencée avec le livre si érudit de notre excellent confrère Martinier : nos étudiants trouveront dans cet ouvrage tout ce dont ils auront besoin tant pour préparer leurs examens que pour guider leur pratique professionnelle. Nous ne pouvons qu'adresser à ces deux auteurs nos plus vives félicitations : le succès de cette édition les récompensera largement de leurs courageux efforts.

Dr E. F.

Livres reçus.

Nous avons reçu de M. Mamlock, de Berlin, un *rapport sur la 2e assemblée de chirurgiens-dentistes* qui s'est occupée, le 1er août 1903, de la question des obturations de porcelaine.



Distinctions honorifiques.

A l'occasion des fêtes de Bergerac, notre confrère M. Porentru (Robert-François), médecin-dentiste à Périgueux, a été nommé officier d'Académie.

Nous lui adressons nos félicitations.

3e Congrès dentaire national italien.

Le 3e Congrès dentaire national italien aura lieu à Florence les 2, 3 et 4 juin 1904.

Statistique dentaire.

L'Annuaire statistique de la ville de Paris (1901) vient de paraître.

A propos du personnel médical du département de la Seine, il constate qu'au 31 décembre 1901, il existait dans ce département :

294 chirurgiens-dentistes, dont 272 à Paris ;

388 dentistes exerçant en vertu des dispositions de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892, dont 342 à Paris.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Dans sa séance du 4 février 1904, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a entendu le rapport de *M. Félix Rousset* sur le projet de reconstruction de *la Pitié*.

Nous donnons de son exposé analytique les parties qui intéressent spécialement la profession dentaire :

... *Description des bâtiments ; consultation* :

La consultation dentaire sera placée à proximité de la consultation de chirurgie ; elle renfermera une salle d'attente, une salle d'examen et d'extraction, une pièce avec lavabo servant de vestiaire pour le chef et les élèves, une petite salle d'opérations et une chambre de repos.

Dans sa séance du 14 janvier 1904, sur le rapport de *M. Mathé*,

le *Conseil* a examiné les améliorations diverses et grosses réparations qui seraient entreprises à l'hôpital *Saint-Antoine*.

Nous y relevons ce qui suit :

Consultation dentaire : à gauche de la cour de service se trouve la consultation spéciale au service dentaire, comprenant une salle d'attente, une salle d'examen, une salle de pansements, une salle d'opérations, une salle d'appareils, une salle de repos avec lits.

Le rapport de *M. Rolillon* sur les améliorations et réparations à faire à *Lariboisière* contient ce qui suit en ce qui concerne le *service dentaire* :

Le service dentaire qui aura, lui aussi, son entrée particulière sur la rue Ambroise-Paré, comprendra une salle d'attente, une salle de pansements, une salle d'opérations, une salle d'appareils, une salle de repos, avec un lit, un cabinet du chef, le vestiaire des élèves et des water-closets.

Tous ces locaux seront chauffés par la vapeur à basse pression et éclairés par l'électricité.

Services dentaires hospitaliers.

Le *Bulletin municipal officiel de la ville de Paris* (16 février 1904) donne, sous la rubrique : *Administration générale de l'Assistance publique à Paris,* la nomenclature pour 1904 des consultations externes données dans les hôpitaux et hospices.

Nous en extrayons ce qui concerne les maladies des dents :

Hôtel-Dieu. — Lundi, vendredi, 9 heures, Dr *Pietkiewicz*.

Pitié. — Mardi, samedi, 9 heures, Dr *Ferrier*.

Charité. — Mardi, samedi, 9 heures, Dr *Cruet*.

Saint-Antoine. — Mardi, vendredi, 10 heures, Dr *Gaillard*.

Necker. — Lundi, vendredi, 9 heures, Dr *Brochard*.

Beaujon. — Mardi, samedi, 9 heures, Dr *Aguilhon de Sarran*.

Lariboisière. — Lundi, vendredi, 10 heures, Dr *Rodier*.

Tenon. — Mardi, jeudi, 9 heures, Dr *Richer*.

Saint-Louis. — Mardi, samedi, 9 heures, Dr *Combe*.

Enfants-Malades (pour enfants seulement). — Lundi, vendredi, 9 heures, Dr *Galippe*.

Bretonneau (pour enfants seulement). — Mardi, vendredi, 10 heures, Dr *Queudot*.

Trousseau (pour enfants seulement). — Mardi, vendredi, 10 heures, Dr *Jarre*.

Hérold (pour enfants seulement). — Lundi, vendredi, 9 heures, Dr *Moiroud*.

Enfants-Assistés. — Lundi, vendredi, 9 h. 1/2, Dr *Thomas*.

Société Coopérative des Dentistes de France.

MM. les Actionnaires recevront avant le 15 mars la répartition de bénéfices décidée par l'Assemblée générale du 17 décembre.

Les actions nouvelles seront également distribuées à la même époque et il sera fait appel du troisième quart du capital non encore réalisé.

La Société poursuit, d'autre part, les améliorations précédemment décidées. C'est ainsi que les magasins sont désormais ouverts tous les jours de semaine de 8 h. 1/2 du matin à 6 h. 1/2 du soir, sans interruption et qu'à partir du mercredi 9 mars il pourra être envoyé à condition aux sociétaires ou tenu à leur disposition dans les magasins un important choix de dents de White et de Ash.

Société Française de Fournitures Dentaires

58bis, rue de la Chaussée-d'Antin, **PARIS**

IL EST CERTAIN

que pour l'extraction des dents sans aucune douleur et pour les petites opérations chirurgicales secondaires, on ne doit employer que

L'Antiseptique Anesthésique Local du Dr R. B. WAITE

DR. R. B. WAITE'S
LOCAL ANAESTHETIC
FOR THE
PAINLESS EXTRACTION
OF TEETH.
MANUFACTURED BY.
ANTIDOLAR M'F'G CO.
SPRINGVILLE. Erie Co. N.Y.

S'il n'était pas composé de Produits de toute première qualité

le prix pourrait en être inférieur, mais il serait classé comme un anesthésique secondaire.

En quelque sorte le prix devient une **garantie** de plus pour le **praticien consciencieux** qui tient à **sa réputation** et à la **santé de son patient.**

....

LA COMPOSITION DE L'ANESTHÉSIQUE LOCAL

du Dr R. B. WAITE

se trouve sur l'étiquette de chaque flacon.



L'ANESTHÉSIQUE LOCAL DU Dr R. B. WAITE

Le Meilleur et présentant le moins de danger

PRIX : **Le flacon d'une once................ 5 francs**
— **de deux onces............ 10 —**

Les 50,000 flacons vendus en France constituent la meilleure garantie de la qualité du produit.

PRIMES. — En prenant **SIX ONCES** à la fois, nous offrons gratuitement :

Une excellente Seringue Hypodermique

ou

Une septième Once d'Anesthésique

3

AVIS

COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision** ; aussi a-t-il été nécessaire de faire un 4e VOLUME, qui est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes ; il vient d'être envoyé à tous les souscripteurs.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître IMMÉDIATEMENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.

Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

La plupart du temps les confrères qui usent de nos « DEMANDES ET OFFRES » *désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée:* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur*, sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*

24e ANNÉE. N° 5 15 MARS 1904 VOL. XXXI



BULLETIN

ENTRE STOMATOLOGISTES

La séance de décembre, à la Société de Stomatologie, a donné lieu, paraît-il, à des événements d'un certain intérêt.

Nous avons eu, plusieurs fois déjà, l'occasion de parler ici de cette Société de Stomatologie, dont M. Cruet, dentiste des hôpitaux, était naguère le président et dont M. Sebileau, professeur agrégé à la Faculté, chirugien de Lariboisière, avait eu la faiblesse d'accepter, malgré une situation scientifique prépondérante, la simple vice-présidence.

Or, en décembre dernier, ni M. Sebileau, ni M. Cruet n'acceptèrent le renouvellement de leur mandat. Quelques jeunes offrirent la présidence à M. Sebileau, pensant avec raison que la notoriété de celui-ci jetterait un peu de lustre sur la société, qui en avait besoin. Mais la vieille garde qui veillait opposa à cette candidature celle de M. Gaillard, dentiste des hôpitaux.

Celui-ci accepta avec empressement. Celui-là refusa d'abord, mais se laissa fléchir, à la condition cependant que l'élection se fît sur un programme parfaitement déterminé. Il se proposait, paraît-il, de modifier

l'orientation de la Société de Stomatologie, en quoi il nous semble n'avoir pas manqué d'une certaine naïveté.

Le jour du vote arriva. M. Sebileau exposa son programme et tint à peu près ce langage : « La Société de Stomatologie sera une société exclusivement scientifique et négligera toutes les questions qui, de près ou de loin, ressemblent à des revendications professionnelles. Au reste, son titre même et le programme constamment défendu par ses membres, qui ont toujours protesté qu'ils étaient des médecins et non des praticiens de l'art dentaire, lui imposent précisément de laisser de côté toute espèce de discussion relative à la politique professionnelle dentaire. D'ailleurs la Société comprend dans son sein des médecins qui n'ont jamais pratiqué la dentisterie, des médecins-dentistes et des dentistes non médecins. Ainsi composée, elle ne peut faire autre chose que de la science ; elle doit échapper aux questions qui intéressent les groupements professionnels. »

M. Gaillard n'étant pas en verve ou n'ayant pas de programme, passa la parole à M. Cruet, qui, du fauteuil de la présidence (vit-on jamais pareille chose ?) se livra à un véritable réquisitoire contre M. Sebileau.

On dit qu'il lui reprocha de n'être pas un praticien de la dentisterie, de n'être vraiment pas incorporé par la profession au groupe stomatologiste et qu'il alla jusqu'à lui imputer en douceur certain enseignement donné aux élèves de notre école. Celui-ci fit à cette diatribe une réponse ironique et ferme, dans laquelle il affirma de nouveau sa volonté de ne rien abandonner de son programme.

On vota et, naturellement, M. Gaillard fut élu à une grosse majorité.

Le plus curieux de cette affaire, comme on le verra par la lettre que nous publions ci-dessous, est qu'à la séance de janvier la Société de Stomatologie, sur la

proposition d'un membre influent, décida que ni la déclaration de M. Sebileau, ni la réponse de M. Cruet ne figureraient au procès-verbal. Tout cela s'était cependant passé, dit-on, non en comité privé, mais en séance publique.

Cette conduite singulière a provoqué du reste la démission de M. Sebileau.

Tirons la moralité.

Pour la première fois, la Société de Stomatologie trouve un candidat à la présidence ayant toute qualité pour appliquer son prétendu programme stomatologique. Et ce président, qui l'aurait honorée grandement, elle n'en veut pas.

Telle est, chez nous, la puissance des mots : les stomatologistes de notre époque ne sont que des stomatologistes fantômes ; ils sont et resteront des praticiens-dentistes, ce que nous ne leur reprocherions nullement, s'ils ne rougissaient pas de leur profession et ne négligeaient pas d'apprendre les élémentaires notions qu'ils devraient connaître. Et cela est si vrai que, le jour où l'occasion s'offre à eux de se faire présider par celui-là seul qui, dans leur société, peut raisonnablement discuter des maladies de la bouche, ils l'éliminent et lui préfèrent un médecin, un médecin-dentiste sans aucun titre scientifique.

D^r^ Ch. G.

M. le Docteur Sebileau, à qui nous avions demandé le texte du discours qu'il avait prononcé à la séance de la Société de Stomatologie de décembre, nous a adressé la lettre suivante qui nous paraît offrir de l'intérêt pour nos lecteurs :

Paris, 8 mars 1904.

M. le Dr Godon, Paris.

Monsieur et cher confrère,

Je ne verrais aucun inconvénient à vous envoyer la pièce que vous me demandez, puisque ma déclaration à

la Société de Stomatologie a été lue en séance publique. Comme telle, elle est du domaine commun et appartient à la critique; mais je n'en ai pas gardé la copie.

Quant à l'original, je l'ai laissé dans les mains de M. le secrétaire général pour qu'il fût joint aux différents manuscrits qui avaient été lus dans la même séance et publié, comme eux, dans le procès-verbal officiel.

Mais on m'a dit que, dans la réunion de janvier, la Société, sur la proposition d'un de ses membres, avait décidé : 1° que ma déclaration ne serait pas insérée dans le procès-verbal; 2° que mon manuscrit serait déposé dans les archives.

Dans ces conditions, je me suis séparé, par une démission pure et simple, de la Société de Stomatologie.

Ma déclaration, d'ailleurs, se résumait à peu de chose. N'étant pas un praticien de l'art dentaire, j'y disais simplement que je ne pouvais accepter la présidence qui m'avait été offerte par quelques amis qu'à la condition que la société dans l'avenir s'occupât exclusivement, en séance publique, de stomatologie et réservât pour des comités secrets la discussion éventuelle d'intérêts professionnels d'ordre dentaire à laquelle je n'avais pas qualité pour prendre part.

Je vous prie de recevoir, mon cher monsieur, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

PIERRE SEBILEAU.

4[e] CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

SAINT-LOUIS (MISSOURI)

A la profession dentaire de France.

La Commission d'organisation du 4[e] Congrès dentaire international envoie ses plus fraternelles salutations aux dentistes de France et les invite à prendre part avec les représentants des autres nations aux travaux du Congrès, afin d'assurer à cette réunion internationale de dentistes un succès complet. Il serait difficile d'exprimer les sentiments des dentistes américains envers leurs confrères de France. Nous n'oublions pas que c'est à la France que nous devons l'impulsion énergique qui, dans son développement sur le terrain américain, a mis l'art et la science dentaires sur une base indépendante pour la première fois dans leur histoire. Nous reconnaissons que c'est l'art dentaire français, l'art de Fauchard, transmis à Lemaire et à Gardette, et par eux à Flagg, Greenwood et autres qui, dans sa dernière évolution, sera exploité à Saint-Louis en 1904.

La France et l'Amérique ont les mêmes intérêts dans ce Congrès à cause de l'origine commune de l'art dentaire comme profession indépendante dans ces deux pays. Les mêmes sentiments patriotiques et professionnels doivent nous animer et c'est avec plaisir et impatience que nous attendons la réunion du Congrès de 1904 qui nous donnera l'occasion d'élargir et de fortifier les liens de confraternité internationale et d'amitié professionnelle qui ont toujours existé entre la France et les Etats-Unis. Nous n'avons pas manqué de reconnaître et d'applaudir le splendide effort de la profession dentaire de France qui se surpassa dans le 3[e] Congrès dentaire international de 1900 et nous lui demandons maintenant de nous aider avec cette même énergie et ce même esprit professionnel afin que le Congrès de Saint-Louis soit un succès pareil à celui de 1900.

Nous espérons que la France nous enverra un nombre considérable de délégués et qu'elle contribuera largement aux travaux sur l'art et la science odontologiques aussi bien que sur les intéressants problèmes d'éducation et de législation dentaires et sur toutes les autres branches de notre profession.

Nous désirons exprimer à nos collègues français nos plus hauts sentiments d'estime, ainsi que le désir que nous avons de les accueillir avec la plus large hospitalité possible. Nous ferons des arrangements spéciaux afin que les délégués d'Europe soient reçus dans nos ports par des Comités chargés de les diriger dans le trajet de ces ports à Saint-Louis. Le nécessaire sera fait pour subvenir au confort des délégués qui auront toutes les facilités possibles pour visiter les villes de New-York, Philadelphie, Buffalo, Chicago et Baltimore, en se rendant à Saint-Louis.

Les sous-comités de la Commission d'organisation pourront d'ici peu fournir des renseignements complets sur le prix du voyage, l'itinéraire, etc., renseignements qui seront envoyés au Comité de publicité et de propagande pour la France, afin d'être distribués aux dentistes de France qui ont l'intention de venir au Congrès. Nous espérons que notre invitation sera cordialement reçue et que nous aurons parmi nous un nombre considérable de dentistes de France.

Au nom de la Commission d'organisation, j'ai l'honneur de présenter aux praticiens français mes respectueux hommages.

EDWARD C. KIRK,
Secrétaire de la Commission d'organisation.

Nous publions d'autre part, page 237, les documents complémentaires émanant du Comité de propagande et intéressant nos confrères.

Travaux Originaux

CONSIDÉRATIONS SUR LE MÉLANGE ANESTHÉSIQUE COCAINE-ADRÉNALINE

Par M. Loup,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 2 février 1904.)

L'emploi de l'adrénaline associée à la cocaïne pour injections intra-muqueuses a été préconisé pour accroître le pouvoir anesthésique de la cocaïne et diminuer les chances d'accidents généraux.

L'adrénaline a donné lieu, dans ces dernières années, à de si nombreux travaux que je me contenterai de retenir celles de ses propriétés qui l'ont fait introduire en chirurgie dentaire.

C'est un hémostatique de grande valeur, un vaso-constricteur de premier ordre qui, à l'inverse de la cocaïne, dont on connaît l'action dépressive sur le cœur, augmente l'énergie de la contraction cardiaque. Quand on songe à l'action locale que nous cherchons en introduisant, par la voie hypodermique, un médicament comme la cocaïne, ces qualités de l'adrénaline étaient trop précieuses pour qu'on ne les utilisât pas.

Limiter l'étendue de l'action de la cocaïne, contrecarrer son action déprimante sur le cœur, accroître le pouvoir anesthésique de cet agent médicamenteux, permettre l'opération à blanc, tels étaient les avantages que paraissait devoir donner l'adrénaline en l'associant à la cocaïne. Ces avantages ont d'ailleurs été mis en évidence dans tous les milieux scientifiques : pour ne parler que des communications faites à la Société d'Odontologie, je rappellerai les

travaux de MM. Blatter, Granjon et Sauvez, qui nous ont appris les modes d'emploi du mélange anesthésique : cocaïne-adrénaline.

A ces avantages nombreux correspondent des inconvénients sur lesquels j'aurai l'occasion de revenir au cours de cette étude.

1° *Limitation de l'action de la cocaïne par l'adjonction de quelques gouttes d'adrénaline.* — L'adrénaline fait contracter les fibres musculaires des vaisseaux sanguins : il en résulte qu'elle s'opposera à la diffusion au delà d'un certain périmètre d'un médicament qui lui sera ajouté. Comme il est toujours prudent, quel que soit le médicament à injecter, de le maintenir dans les limites rigoureusement utiles, on comprend que, pour la cocaïne, les avantages sont grands. D'une part les phénomènes généraux attribués à la cocaïne ne peuvent plus exister, puisque celle-ci ne se diffuse pas, et, d'autre part, pour la même raison, l'action analgésique locale est à son maximum. Découlant du même principe, l'hémostase est plus puissante avec le mélange cocaïne-adrénaline qu'avec la cocaïne seule : il s'agit, bien entendu, d'une hémostase par resserrement des vaisseaux sanguins, due à l'adrénaline, action qui ne peut être comparée à celle d'une série d'agents hémostatiques qui, comme l'amadou et le penghawar, ont une action coagulante sur le fibrine du sang.

2° *L'adrénaline s'oppose-t-elle à l'action dépressive de la cocaïne sur le cœur ?* — Pour admettre l'action anti-dépressive sur le cœur par l'adrénaline, il faudrait admettre l'effet certain de l'alcaloïde cocaïnique sur cet organe. Or, depuis assez longtemps je lutte contre cette opinion et je soutiens que la cocaïne à dose thérapeutique — deux et trois centigrammes — n'a aucune action sur l'état général. Certains auteurs veulent à tout prix mettre les syncopes arrivant au cours d'une intervention cocaïnique sur le compte de celle-ci, mais il n'en est rien, comme nous l'avons prouvé expérimentalement nombre de fois.

Il nous est arrivé de voir des malades avoir une syncope

avant toute injection ; nous en avons vu d'autres avoir des crises de larmes ou d'effroi soit au début de l'injection, soit au milieu de l'injection, soit après l'intervention dentaire. Mais de ces syncopes durables, qui ont été imputées à la cocaïne, je n'en ai point vu depuis que je ne m'en rapporte plus à la pâleur du visage pour déclarer opportun le moment d'opérer. Comme je l'ai déjà signalé, l'état psychique du sujet joue un rôle considérable dans la production de tout accident ou incident cocaïnique. Ceux qui défendent les anesthésiques généraux attribuent, dans la production des accidents du début de ces anesthésiques, un très grand rôle à l'état mental du sujet ; pourquoi n'admettrait-on pas que cet état mental joue un rôle capital dans la production des accidents cocaïniques ? Pour ma part, je crois à une influence considérable de l'état mental du sujet, et c'est pour cela que je conseille de calmer ce sujet par tous les moyens dont nous disposons. Si l'on s'est rendu compte de l'importance de l'état mental au cours de l'anesthésie générale, il me paraît absolument illogique d'attribuer exclusivement à un médicament des troubles que l'on reconnaît pouvoir venir du seul malade. Si l'on reconnaît qu'il est possible à certaines personnes émotives, de se trouver mal sous le moindre prétexte, il n'est pas heureux d'accuser un médicament lorsque la syncope se produit. Tandis qu'autrefois, comme je le disais, je m'arrêtais dès le moindre signe précurseur de syncope, aujourd'hui, quel que soit le moment où se détermine cette tendance syncopale que vous connaissez, je continue mon injection. Nous assistons à un retour des fonctions physiologiques, tout comme cela se produit pour les autres syncopes, dans lesquelles aucun agent médicamenteux ne peut être incriminé.

Depuis que, avec le D[r] Granjon, nous avons appliqué à l'anesthésie locale le mélange cocaïne-adrénaline dans les proportions que vous connaissez (Voir thèse Granjon, Paris, 1903), j'ai toujours vu se produire les mêmes phénomènes que j'avais observés avec la cocaïne seule : j'ai vu quelques malades s'évanouir ; je n'en ai vu ni plus ni moins

qu'avec la cocaïne seule. Je crois donc que l'adrénaline n'empêche pas l'action dépressive de la cocaïne sur le cœur, et que, par suite, les avantages du mélange cocaïne-adrénaline sur la suppression ou la diminution des syncopes sont absolument négligeables. Cette conclusion pourrait, à mon avis, être formulée *à priori,* parce que l'adrénaline, telle que nous l'employons en art dentaire, reste limitée au point injecté ou à son voisinage immédiat.

3° *L'adrénaline occasionne-t-elle des hémorragies secondaires ?* — Il faut d'abord rechercher les causes de ces hémorragies en dehors de tout médicament pour démontrer que l'adrénaline peut être coupable dans le cas qui nous occupe.

Pour moi, les hémorragies dentaires sont déterminées par trois facteurs : rupture d'une artère alvéolaire, infection post-opératoire de la plaie, succion de l'alvéole.

La rupture d'une artère est une chose qu'on ne peut prévoir : elle est heureusement rare dans l'extraction des dents. Il m'a été donné d'en voir, et je me demande si, dans ce cas, la faible proportion d'adrénaline injectée eût pu suffire à l'éviter. Moins rares sont les hémorragies d'origine infectieuse, avec tous les accidents que vous connaissez. Elles reconnaissent deux causes : ou bien l'alvéole n'ayant pas été aseptisé dès l'extraction de la dent, il se produit des désordres de voisinage : névrites, nécroses alvéolaires, douleurs intenses après les extractions ; ou bien le malade met dans son alvéole béant ses doigts, ses gants, son mouchoir, etc., et les conséquences sont les mêmes que ci-dessus.

Nombre d'hémorragies secondaires reconnaissent, à mon avis, comme cause la succion alvéolaire. Je pense que c'est là un facteur assez ignoré, très important et très redoutable. Dans mes cliniques à l'Ecole j'ai toujours signalé l'importance de cette succion chez les hémophiles, où l'on connaît la facilité des écoulements sanguins. En défendant la succion alvéolaire, je suis arrivé à opérer, sans hémorragie consécutive, des hémophiles chez lesquels des opérations antérieures avaient été désastreuses.

Si en effet on examine le processus dans le cas d'infection et dans le cas de succion, on se rend compte que si dans l'un il y a fatigue septique, dans l'autre il y a fatigue physique.

Dans l'un les vaisseaux sont paralysés par la septicémie, dans l'autre ils sont épuisés dans leur pouvoir de contractilité ; quand on connaît la facilité avec laquelle les plaies alvéolaires se guérissent dans la bouche, on est frappé par cette cause toute mécanique des succions répétées et on met volontiers la cause infectieuse en parallèle avec ce facteur.

L'adrénaline n'est pas, comme le perchlorure, un corrosif qui désorganise les tissus et coagule le sang ; mais elle est un simple constricteur augmentant le pouvoir de contractilité des vaisseaux sanguins. A la dose où elle est employée elle ne saurait avoir les effets dépressifs qu'on remarque dans tout état de turgescence important. Je ne crois donc pas à sa culpabilité à la dose d'une goutte.

4° *Au point de vue des eschares, que vaut l'adrénaline?* — Il m'a semblé tout d'abord que l'accusation lancée contre l'adrénaline à ce sujet l'était surtout par ceux qui en ont fait un emploi irraisonné, trois, quatre gouttes par seringue à injection. Non pas que je veuille innocenter ce médicament, je le crois coupable, mais je voudrais définir sa culpabilité.

Et d'abord M. Granjon dans sa thèse inaugurale n'a-t-il pas signalé que des doses minimes, une goutte dans une solution de cocaïne à 1 o/o, étaient suffisantes, en injection hypodermique, pour déterminer une eschare de la muqueuse buccale? On a accusé l'adrénaline de déterminer du sphacèle tout comme le plus corrosif des médicaments: pour ma part je ne crois pas que l'adrénaline provoque des eschares à la façon d'un caustique.

Je me souviens d'un produit expérimenté dans cette école et qui produisait des gangrènes telles qu'il fut vite abandonné. Ce produit, versé sur un morceau de craie, produisait une effervescence, un bouillonnement tels que l'acide chlorhydrique contenu dépassait de beaucoup ce

qu'il est convenu d'appeler la dose thérapeutique. Avec l'adrénaline ou les adrénalines que j'ai eues en main, je n'ai jamais observé pareil phénomène et sans nier la charge chlorhydrique que quelques-unes peuvent avoir, je ne pense pas que les eschares produites le soient à cause de l'acide employé pour leur conservation.

Les eschares proviennent du pouvoir vaso-constricteur de l'adrénaline elle-même, et cela montre la nécessité absolue d'employer des doses aussi minimes qu'il est possible.

Ces eschares peuvent être dues à un spasme vasculaire, sans infection microbienne : l'énergie de la constriction des vaisseaux en arrête d'un coup la circulation, et les tissus non irrigués meurent et se sphacèlent. Elle peuvent être dues également à ce fait que l'adrénaline, en décongestionnant les tissus, abolit leur défense phagocitaire. Si nous admettons aussi que l'écoulement du sang de toute plaie est un phénomène anormal de première utilité, que c'est là la première phase de la lutte contre l'envahisseur pour le rétablissement des fonctions disparues, qu'en s'écoulant, le sang refoule au dehors les éléments septiques et qu'en ne s'écoulant pas ces mêmes éléments restent dans la place ; si nous considérons en outre que l'adrénaline par son pouvoir constrictif non seulement diminue la vitalité, la force de résistance des tissus, mais encore renferme dans ces mêmes tissus les microbes plutôt que de les rejeter, on s'expliquera les quelques cas de sphacèles, d'eschares observés, surtout avec des doses de quatre gouttes par centimètre cube, tandis qu'une demi-goutte suffit pour une seringue de Pravaz.

Que faut-il conclure de tout ce qui précède ?

L'adrénaline est un produit qu'il faut utiliser avec la plus extrême prudence. Bien que les doses doivent être minimes, non à cause de l'action générale de l'adrénaline, mais à cause de son action locale, il faut se souvenir qu'il s'agit d'un médicament dangereux. En outre, comme tous les produits organiques, l'adrénaline s'altère très facilement, très rapidement, et peut, dans ces conditions, renfermer des toxines.

Aussi ne saurais-je trop appuyer le désir de M. Granjon qui demande que ce médicament soit contenu dans des tubes d'une capacité très réduite, afin d'avoir toujours des préparations très fraîches. Deux accidents qui viennent de m'arriver montreront combien il est nécessaire de se méfier de ce produit.

A un jour de distance, j'ai extrait deux dents de sagesse inférieures à deux sujets n'appartenant pas à la même famille.

Ces deux malades ont eu les mêmes suites opératoires : douleurs violentes s'irradiant dans les oreilles et trismus pendant quinze jours. J'avais employé, comme je le recommande, 1/2 goutte d'adrénaline par centimètre cube de solution cocaïnique à 1 o/o. Décrire l'observation entière n'ajouterait rien à ce simple exposé, mais jamais encore je n'avais constaté pareille chose à la suite de nos injections de cocaïne. Je ne puis donc en toute conscience qu'accuser l'adrénaline que j'avais depuis un mois dans un flacon compte-gouttes coloré.

Avant de terminer, je crois utile de répondre à la question suivante qui souvent m'a été posée par des confrères : Y a-t-il un réel avantage à associer l'adrénaline à la cocaïne? Tout dépend du cas clinique ; mais, en règle générale, l'utilité du mélange anesthésique cocaïne-adrénaline est très limitée, parce que ses inconvénients sont nombreux ; cette opinion n'est pas seulement basée sur l'observation des malades de l'Ecole, mais aussi sur celles des malades de ma clientèle que j'ai pu suivre et observer à ma guise.

L'utilité est très limitée en ce que je n'ai rien à redouter de la cocaïne, qui agit parfaitement bien à un ou deux centigrammes. L'abaissement de taux de cocaïne par l'adjonction de l'adrénaline n'exclut pas les accidents soi-disant cocaïniques.

L'adrénaline s'altère facilement et il est difficile de déterminer le moment où elle est bonne du moment où elle ne l'est plus.

A dose très faible elle est susceptible, chez des sujets dont

les échanges organiques sont affaiblis ou ralentis, de déterminer des troubles locaux de cicatrisation.

C'est dans le cas où l'adrénaline semblerait le plus indiquée, celui de périostite alvéolo-dentaire, que je la considère comme le plus inutilisable, parce que nous avons affaire à des tissus enflammés et infectés, au sein desquels je redoute l'emprisonnement des micro-organismes et de leurs sécrétions.

Le cas où l'adrénaline semblerait plus indiquée, ce serait celui des extractions multiples, pour préparer une bouche destinée à supporter un appareil. C'est un cas spécial que nous prévoyons à l'avance ; dans ce cas-là on devra se procurer de l'adrénaline fraîche, et avec deux centigrammes de cocaïne, deux ou trois gouttes d'adrénaline, quatre ou cinq centimètres cubes d'eau, on enlèvera facilement quatre ou cinq dents et même davantage. On obtient d'ailleurs d'aussi bons résultats avec des injections bien faites de cocaïne, sans le secours d'autre adjuvant.

En somme, c'est dans les tissus sains, là où la cocaïne seule agit admirablement, que l'adrénaline paraît le plus indiquée : dans ces tissus-là, il n'y a rien à craindre, ni douleurs, ni eschares : la vie est active et les microbes n'y sont pas.

Mon excellent confrère le Dr Friteau, dans une communication sur l'anesthésie générale, disait avec juste raison que la cicatrisation gingivo-alvéolaire se faisait plus vite lorsque les extractions étaient faites sous un anesthésique général que lorsqu'elles étaient faites avec la cocaïne. C'est indéniable : au congrès de Nancy, en 1896, dans mon rapport sur la greffe dentaire, j'en ai fait ressortir l'importance et je signalais les avantages des extractions simples en vue d'une greffe, car la cocaïne entrave, ralentit la vitalité des cellules. Il n'est pas douteux que la paralysie momentanée déterminée par la cocaïne ralentit la nutrition des tissus et donne lieu à une sorte d'anémie locale, qui est augmentée par l'adjonction de l'adrénaline.

Mais bien que notre excellent confrère anesthésiste se servît de cet argument pour en faire une arme heureuse en

faveur de l'anesthésie générale, je ne pense pas devoir lui laisser la victoire aussi facile.

Bien que je reconnaisse le fait, je dois ajouter qu'avec des injections très aseptiques et des soins antiseptiques sérieux dans l'alvéole même on peut approcher de bien près la cicatrisation des extractions faites durant le sommeil anesthésique.

En outre, je pourrais lui signaler qu'à côté de cet inconvénient il en est d'autres, que je considère comme plus sérieux, inhérents à l'anesthésie générale. Mais je m'arrête, car nous ne faisons pas en ce moment l'étude comparée des anesthésiques.

D'ailleurs je me garderai bien de détruire les avantages de l'anesthésie générale auxquels je crois, dans quelques cas déterminés, car je m'en voudrais de diminuer la conviction de notre confrère qui fait si bien l'anesthésie générale parce qu'il est convaincu de sa supériorité.

SUR LA POSE DES PORTE-RESSORTS ET DES RESSORTS

Par M. Harwood, D. D. S.

(Communication à l'Association des Dentistes du Rhône, 24 janvier 1904).

Nous présumons tout d'abord que des ressorts sont indispensables dans quelques cas pour un dentier.

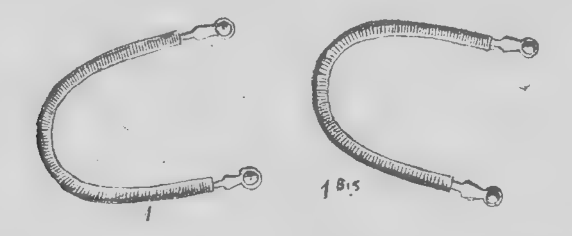
En abordant ce sujet, qui paraît très élémentaire, nous avons des excuses à vous présenter si quelques-unes de nos observations vous rappellent l'époque de vos premières études. Mais avec votre comité nous avons constaté que dans la pose des porte-ressorts nos employés manquent de méthode, que les porte-ressorts sont placés au petit bonheur et que, comme conséquence, bon nombre de ressorts se cassent peu de temps après la pose du dentier, talent les joues, ou s'accrochent aux dents du dentier en le déplaçant de sa position normale.De plus, nos traités sur le sujet contiennent bien peu de détails et nous avons pensé qu'en discutant la question nous pourrions arriver à établir une théorie ou méthode définitive.

Nous vous demandons donc la permission de vous présenter les règles suivies par nous en cette matière depuis bien des années avec les motifs qui inspirent chacune d'elles.

En principe nous avons deux objets, le haut et le bas du dentier reliés ensemble par un seul point de chaque côté.

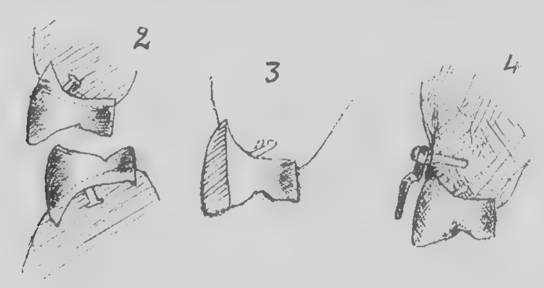
Ces deux objets subissent la pression d'un ressort de chaque côté et la première considération nécessite que la pression soit exercée de telle façon qu'elle soit égale partout. Pour atteindre ce but il faut chercher le centre de gravité ou plutôt mesurer la moitié de la distance entre le centre et le bout de notre appareil. Le dessin représente en principe un dentier vu de côté que nous voulons faire plaquer partout par une pression également distribuée. Commençons par le haut. Nous cherchons naturellement un point qui sera à égale distance du centre de l'appareil et de

l'extrémité. Si nous nous éloignons de ce point, la pression ne sera pas égale partout et l'adaptation de la plaque au palais, pour ne parler que de la pièce du haut, sera défectueuse. Si nous plaçons notre porte-ressort du haut en avant de ce point, c'est le fond de notre appareil qui se détache. S'il est placé en arrière, c'est la partie antérieure qui tombe et quelquefois même le dentier est chassé hors de la bouche. C'est le défaut le plus souvent rencontré.



Il faut ensuite considérer l'emplacement du porte-ressort du bas. Il est de toute importance (en suivant une ligne imaginée absolument verticale) qu'il soit placé exactement sous le porte-ressort du haut, car, s'il est placé autrement, le ressort ne sera plus dans l'axe du dentier.

S'il est placé en avant de celui du haut, le ressort viendra heurter la pièce du bas. Si le porte-ressort du bas est en arrière de celui du haut, l'inverse se produira : le ressort dépassera les limites de la pièce du haut et



viendra s'appuyer sur la partie supérieure du vestibule. Ainsi nous voyons que les ressorts suivent toujours l'axe des porte-ressorts.

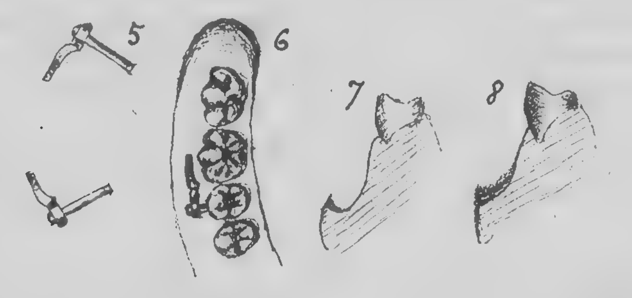
On corrige quelquefois ce défaut par l'insertion dans la base du dentier d'une petite tige sur laquelle vient s'arrêter le porte-ressort ; mais ce moyen ne corrige jamais le défaut de pression et le déplacement de l'appareil.

Jusqu'à présent nous avons considéré la position relative des porte-ressorts entre eux, mais il y a d'autres aspects qu'il faut considérer concernant la *direction* des porte-ressorts. Ce que nous avons vu concerne principalement l'emplacement des « *clous* », et maintenant il faut voir quelle direction nous allons donner aux *balanciers* de nos porte-ressorts.

Commençons d'abord par la pièce du haut. Nous voyons nos dents placées par rapport à celles du bas d'une certaine façon, et nous sommes gênés pour passer notre balancier sans que le ressort s'accroche à la dent.

Je sais que nos mécaniciens modifieraient la forme de la dent en la taillant à la meule, et en coupant à plat la surface gênante de la dent. Il y a même des molaires fabriquées ainsi, mais ces molaires déformées se trouvent privées d'une partie importante de la surface masticatoire dont nous avons besoin dans les mouvements latéraux de notre dentier. Ce n'est donc pas une solution du problème.

Pour sauvegarder la forme de la dent, tout en la franchissant, il faut donner au clou du porte-ressort du haut, cette direction : le balancier suivra l'axe du clou et ainsi la dent sera franchie.

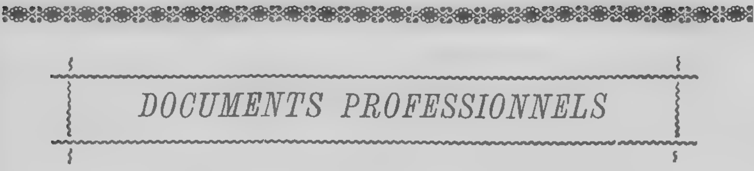


Pour le bas, comme les dents sont en retrait sur celles du haut, nous avons bien assez de place. Cependant on s'assu-

rera, pour ne pas tordre le ressort inutilement, que les bouts des deux porte-ressorts se rencontrent. Il y a encore un second aspect des balanciers qu'il faut surveiller. Nous les avons vus en position verticale ; maintenant leur position horizontale nous intéresse afin que, malgré nos soins, les ressorts ne viennent pas taler les joues ni se frotter trop fortement contre le fond de notre appareil. Il faut, une fois les dents franchies, que les ressorts viennent s'adapter contre la surface de l'appareil afin de laisser le moins de place possible pour l'insertion des aliments entre les ressorts et le dentier. On donnera alors au balancier, en deuxième lieu, la direction suivante ; les formes diffèrent pour les porte-ressorts selon le cas, mais les considérations d'emplacement et de direction sont toujours suivies de la même manière.

J'ajouterai encore la question des oreillettes. Habituellement je n'en place pas en haut afin que mon ressort soit libre d'un côté pour le cas où le bas serait embarrassé par les aliments. Nous évitons ainsi la compression et la rupture possible du ressort. Un petit épaississement de la plaque devant le porte-ressort évite que la saillie ne se fasse trop sentir. En ceci je crois que tout le monde est d'accord.

Pour l'oreillette du bas je n'insisterai que sur un point seulement : sur la forme. Il ne faut pas que le creux fasse angle ou recoin, car cela favorise la rétention des aliments. Il faut que, par la forme de l'oreillette, le ressort puisse balayer devant lui tout ce qui pourrait s'y loger. On lui donne donc cette forme, ce qui suffit pour protéger la joue et l'éloigner, car on ne saurait avec avantage se passer de l'oreillette du bas.



4e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

(22 août au 3 septembre 1904).

Tenu à l'occasion de l'Exposition universelle de Saint-Louis (Missouri).

Comité français de propagande.

Paris, 25 février 1904.

Mon cher confrère,

Un grand événement professionnel aura lieu cette année-ci aux Etats-Unis à l'occasion de l'Exposition universelle de Saint-Louis (Missouri), 1904.

Le 4e Congrès dentaire international, qui fait suite au Congrès de Paris (1889), au Congrès de Chicago (1893) et au Congrès de Paris (1900), sera tenu cette année dans la belle ville de Saint-Louis et cette réunion, qui comprendra plusieurs milliers de dentistes venus de tous les points du globe, marquera l'apogée de la dentisterie mondiale à notre époque.

Les comptes rendus, qui seront publiés avec le plus grand soin, formeront le compendium le plus complet de la science dentaire à l'heure actuelle.

Nos confrères des Etats-Unis, qui sont au nombre 25.000 et qui représentent l'élite des membres de la profession répandus dans tout l'univers, se préparent avec ardeur à montrer à tous les dentistes du monde qui iront à Saint-Louis les perfectionnements les plus récents de la dentisterie américaine et à recevoir avec la cordialité qui leur est habituelle leurs confrères étrangers.

La Fédération dentaire nationale, dont l'un des rôles principaux est de collaborer à la préparation des Congrès dentaires internationaux, a décidé, dans sa session annuelle du mois d'août 1903, tenue à Angers, d'adhérer au Congrès de Saint-Louis et elle a créé un Comité de propagande qui a pour but de faire tous ses efforts pour assurer une participation considérable de la France.

La Fédération dentaire internationale, qui est née en France à la suite du dernier Congrès de Paris, 1900, a également donné son appui au Congrès de Saint-Louis et a engagé tous les présidents des

Comités nationaux à collaborer à cette grande œuvre d'union et de progrès.

Nous sommes déjà assurés de la présence à Saint-Louis de plusieurs confrères de France, mais nous voudrions entraîner un grand nombre de délégués de toutes les Sociétés françaises qui ont certainement beaucoup à profiter pour l'organisation des Sociétés professionnelles, pour l'organisation des écoles et pour l'intérêt de l'avancement de l'art dentaire français.

Ceux qui ne pourront se déplacer et qui perdront ainsi le bénéfice d'assister aux remarquables démonstrations qui auront lieu pendant le Congrès et qui seront faites par les premiers opérateurs du nouveau monde profiteront cependant, en envoyant leur adhésion au Congrès, des communications qui paraîtront dans les comptes rendus.

Nous espérons que les dentistes français qui ont eu la gloire d'organiser le 3[e] Congrès dentaire international de 1900, qui comprenait 1 200 membres, dont 700 étrangers, tiendront à honneur de se rendre à Saint-Louis, vieille ville créée par des Français et où se tiendra l'Exposition universelle la plus considérable qu'il y ait jamais eu dans le monde.

Le Comité de propagande a reçu récemment de M. le D[r] Kirk, secrétaire du Comité d'organisation, une adresse qu'il nous a priés de publier [1] et qui, mieux que toute circulaire, montrera à nos confrères de France comment se dessine à l'heure actuelle le Congrès de Saint-Louis. Nous croirions amoindrir la force de cette adresse en essayant de la commenter. Nous nous contentons de dire à tous les dentistes de notre pays que nous sommes à leur entière disposition pour tous renseignements complémentaires et que nous serons très heureux de répondre aux questions qu'ils voudront bien nous poser.

Le secrétaire général, ED. PAPOT.

Le président, D[r] E. SAUVEZ.

P.-S. — L'adhésion au Congrès de Saint-Louis coûte 10 dollars, soit 52 fr. Cette souscription donne droit aux volumes du compte rendu du Congrès de Saint-Louis, à l'entrée à l'Exposition de Saint-Louis pendant la durée du Congrès et aux divers avantages, au point de vue des transports dans les divers pays, qui sont accordés à l'occasion des Congrès internationaux.

Le Comité de propagande accepte les adhésions et se charge de les transmettre au Comité d'organisation du Congrès de Saint-Louis.

Prière d'adresser les cotisations à M. le D[r] Sauvez, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

---

1. Voir page 221.

Comité d'organisation du Congrès de Saint-Louis.

Président: H. J. Burkhart.
Secrétaire: E. C. Kirk.
Membres:

Wm. Carr.	M. F. Finlay.	D. M. Gallie.
W. E. Boarman.	B. L. Thorpe.	G. V. I. Brown.
V. E. Turner.	J. W. David.	A. H. Peck.
J. Y. Crawford.	W. Crenshaw.	J. D. Patterson.

Le service des Congrès de l'Exposition universelle de Saint-Louis, 1904, a nommé le Comité d'organisation du 4e Congrès dentaire international qui a été désigné par la National Dental Association et a donné ses instructions au Comité ainsi nommé pour qu'il procède aux travaux d'organisation du dit Congrès.

Conformément aux instructions du directeur des Congrès de l'Exposition universelle, 1904, le Comité d'organisation présente ci-après un aperçu du plan d'organisation du Congrès dentaire international.

Le Congrès comprendra deux divisions:

1° A) Science, divisée en quatre sections.

2° B) Science appliquée, divisée en six sections.

Division A) *Science.*

I. Anatomie, physiologie, histologie, microscopie. Président: M. H. Cryer.
II. Etiologie, pathologie, bactériologie. Président: R. H. Hofheintz.
III. Chimie et métallurgie. Président: J. D. Hodgen.
IV. Hygiène, prophylaxie, thérapeutique, matière médicale, électro-thérapeutique. Président: A. H. Peck.

Division B) *Science appliquée.*

V. Chirurgie orale. Président: G. V. I. Brown.
VI. Orthodontie. Président: F. H. Angle.
VII. Dentisterie opératoire. Président: C. N. Johnson.
VIII. Prothèse. Président: C. R. Turner.
IX. Education, nomenclature, littérature et histoire. Président: T. W. Bophy.
X. Législation. Président: Wm. Carr.

Comités.

Les Comités suivants sont désignés:

	Présidents
Finances.	MM. C. S. Butler.
Programme.	A. H. Peck.
Expositions.	D. M. Gallie.
Transport.	A nommer.
Réception.	B. Holly Smith.

Enregistrement.	B. L. Thorpe.
Impression et publication.	W. E. Boardman.
Conférence avec les Sociétés d'État dentaires et locales.	J. A. Libbey.
Invitations.	L. G. Noel.
Législation dentaire.	W. Carr.
Audition.	Comité d'organisation.
Choix des membres.	J. D. Patterson.
Méthodes d'enseignement.	T. W. Brophy.
Chirurgie orale.	G. V. I. Brown.
Prothèse.	C. R. Turner.
Comité local d'arrangement et de réception.	W. Conrad.
Essais.	W. F. Litch.
Histoire de l'art dentaire.	W. H. Trueman.
Nomenclature.	A. H. Thompson.
Propagande en vue de la nomination de chirurgiens-dentistes dans les armées de terre et de mer du monde entier.	W. Donally.
Soin des dents des pauvres.	Th. Fillebrown.
Etiologie, pathologie, bactériologie.	R. H. Hofheintz.
Prix de travaux.	James Trueman.
Hygiène orale, prophylaxie, matière médicale, thérapeutique et électro-thérapeutique.	A. H. Peck.
Dentisterie opératoire.	C. N. Johnson.
Résolutions.	J. Y. Crawford.
Clinique.	C. E. Bentley.
Nominations.	A nommer.
Ad interim.	G. V. I. Brown.

Les autorités du Congrès, président, vice-présidents, secrétaire, trésorier, seront élus par le Congrès au moment de sa réunion et seront nommés par le comité du choix des membres.

Médaille du Congrès de Saint-Louis.

Le Comité d'organisation du 4e Congrès dentaire international de Saint-Louis (Missouri) a accepté de faire frapper une médaille de bronze commémorative en souvenir du dit Congrès.

Au recto de cette médaille, le portrait de sainte Apolline, qui a été choisie pour symboliser l'art dentaire, se prête particulièrement bien à l'exécution artistique. Le dessin original, dont la reproduction est donnée dans le *Dental Cosmos* de novembre 1903, page 901, est un spécimen artistique de grande valeur et de grande beauté.

Le symbole au revers de la médaille a été étudié consciencieusement et aura sûrement l'approbation universelle. Le caractère international et universel du mouvement congressiste est symbolisé par les diverses parties du monde. Les dates inscrites au haut de la médaille sont celles qui embrassent l'histoire de l'art dentaire depuis son origine jusqu'à nos jours. Entre les continents, tombe gracieusement une banderole destinée à inscrire les noms des pères de l'art dentaire

dans tous les pays, chaque nation étant priée de désigner le nom ou les noms devant la représenter.

La pose de l'aigle indique les auspices sous lesquels le Congrès doit se tenir et la branche de palmier le tribut d'honneur de la profession dentaire américaine aux pères de l'art dentaire. Cette médaille sera frappée en bronze et aura environ 7 centimètres de diamètre. Elle sera fournie à ceux qui en feront la demande à l'avance au Congrès, car le nombre en sera limité au nombre des souscriptions reçues. Le prix de la médaille sans écrin a été fixé à 5 dollars, soit 26 francs. Des étuis seront fournis à différents prix, suivant la qualité.

Comité de propagande du Congrès de Saint-Louis.

Bureau :

Président d'honneur : Dr Godon.
Président : Dr Sauvez.
Vice-présidents : Dr Siffre, Viau, Dr Hayes.
Secrétaire général : Ed. Papot.
Secrétaires-Adjoints : Blatter, N.
Trésorier : Delair.

Membres du bureau :

Les présidents des Sociétés adhérentes de la F. D. N. et MM. Dr Chompret, Choquet, Dr Frey, Lemerle, Dr F. Martin, Martinier, Michaëls, Platschick.

Membres du Comité :

Région de Paris.

MM. Audy, d'Argent, Astier, Bonnard, Bruel, Bertrand, Ducournau, Dr Friteau, Fabre, Fresnel, Guillot, Hivert, Loup, Lechesne, Laurent Lebedinsky, Mary, Maleplate, Mora, Neech, Page, Paulme, Queudot, Richer, Dr Roy, Rodolphe, Rozenbaun, Ronnet, Rollin, Dr Siffre, Stévenin, Touvet-Fanton.

Région de Bordeaux.

MM. Armand, Brugeille, Diparaguerre, Marronneaud, Mirebeau, Dr Rolland, Seigle, Torrès.

Région du Centre.

MM. Bacque, Bouvet, Brodhurst, Coignard, Lalement fils.

Région de l'Est.

MM. Fléty, Frélézeau, Lee.

Région de Lyon.

MM. Bastien, Dr Pont, Dr Tellier, Vichot.

Région du Midi.

MM. Camoin, Cabridens, Carrel, Schwartz.

Région du Nord.

M. Cohen.

Région de Toulouse.

MM. Chemin, Douzillé, Houdié, Dr Nux.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an, | dans 24 numéros.
Lignes en sus : 10 fr. la ligne |

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS, **TÉLÉPHONE 214.53.**

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre. **149 élèves reçus** (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens des deux sessions 1903 : 40 élèves reçus sur 50 élèves. **Les 4/5 du cours de 1901, 1902 et 1903 reçus.** Envoi des noms et adresses des diplômés.

Préparation spéciale par le Docteur **Achille LOMBARD** O. ■ C. ✻. ancien Secrétaire du Jury de la Sorbonne, 3, boulevard Sébastopol, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

DENTS XXe SIÈCLE

Dr Carlier, seul concessionnaire pour la France, 61, rue de Flandre, PARIS.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214.53.**

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, **TÉLÉPHONE 218.69.**

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, *près la Bourse,* PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

Mamelzer et fils, 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉLÉPHONE 306.77.**

H. Ningler et Lemesle, 12, rue des Immeubles industriels : G. Ploncard, Rep^t^.

Reymond frères
- 22, rue Le Peletier, PARIS. **TÉLÉPHONE 312.91.**
- 44, place de la République, LYON.
- 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES.
- 3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPHONE 223.04.**

Société Française de Fournitures Dentaires.	58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214.47.** Adr. télég. : Sociédents.	*Grande exposition,* au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Vve J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPHONE 923.48.**

(Voir la suite page 254.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 2 février 1904.

Présidence de M. Loup.

Le procès-verbal de la séance du mois de décembre 1903, qui a été publié dans *L'Odontologie* du 15 janvier 1904, page 41, est mis aux voix et adopté.

Le Dr Foveau de Courmelles fait don à la Société d'Odontologie de son dernier ouvrage : *L'Année électrique*, 4e volume. M. Loup remercie le généreux donateur, qui pense toujours à augmenter les ressources scientifiques de la Bibliothèque de l'Ecole dentaire.

I. — Le terrain en odontologie, par le Dr Frey, professeur a l'Ecole dentaire.

Cette communication a été publiée dans *L'Odontologie* du 15 janvier 1904, page 11.

Discussion.

M. Choquet joint ses félicitations personnelles à celles qu'exprime le président, M. Loup, à l'auteur de cette très intéressante et très scientifique communication.

II. — Notes sur la perméabilité de la dentine, par M. Choquet, professeur suppléant a l'Ecole dentaire.

Ce travail a été publié dans le journal *L'Odontologie* du 15 février 1904, page 121. Comme il est surtout une réponse à des critiques formulées par M. Mahé, membre de la Société d'Odontologie, dans une autre assemblée scientifique, il ne peut être discuté en l'absence de M. Mahé.

La fin de la lecture du travail de M. Choquet est accueillie par d'unanimes applaudissements.

III. — L'impot sur le revenu et les dentistes, par le Dr Foveau de Courmelles.

Cette communication, qui est un appel à la défense des intérêts

matériels de la profession, a été publiée dans *L'Odontologie* du 15 février 1904, page 139.

DISCUSSION.

Sur la proposition de M. Bonnard, et après quelques observations de MM. Sauvez et Delair, la Société d'Odontologie émet à l'unanimité le vœu suivant : l'Association générale des dentistes de France est invitée à nommer une délégation qui se joindra à celle de la Société médicale des praticiens, pour étudier la question des bases à adopter pour appliquer équitablement l'impôt sur le revenu aux professions médicale et dentaire.

M. Loup adresse à M. Foveau de Courmelles les remerciements les plus chaleureux.

IV. — CONSIDÉRATIONS SUR CERTAINS ANESTHÉSIQUES LOCAUX DU COMMERCE, PAR M. CHATEAU, D. F. M. P.

Cette communication a été publiée dans *L'Odontologie* du 15 février 1904, page 133.

DISCUSSION.

M. Grimbert. — La conclusion qui s'impose après la lecture de cette communication, c'est de ne jamais employer en thérapeutique des produits commerciaux dont la composition est plus ou moins secrète. Je m'étonne d'ailleurs que l'on puisse avoir l'idée d'employer des mélanges anesthésiques commerciaux, alors que l'on a sous la main un anesthésique aussi parfait qu'une solution de cocaïne, préparée soit par un pharmacien, soit même, au moment de l'usage, par le dentiste lui-même.

M. Sauvez. — J'appuie les paroles de M. Grimbert et nous devons tâcher d'arrêter l'emploi de ces mélanges anesthésiques dont la composition nous est cachée. J'ai eu récemment, à la suite d'une injection d'un centigramme de cocaïne, des accidents nerveux que j'ai vite reconnus comme imputables à un autre alcaloïde que la cocaïne : le patient était un morphinomane. A aucun moment de la crise nerveuse (terreur de la mort, sensation de perte de connaissance, etc.), je n'ai éprouvé d'inquiétude parce que j'étais sûr du titre de la solution de cocaïne que j'avais injectée. J'avoue que je n'aurais pas été aussi tranquille si j'avais injecté un produit analogue à ceux dont parle M. Chateau et dont nous ne devons jamais faire usage.

M. Loup, président, félicite M. Chateau de sa communication et souhaite que les conseils de MM. Grimbert et Sauvez soient suivis par tous les dentistes.

M. Loup, qui est l'auteur d'une communication, cède le fauteuil présidentiel à M. Touvet-Fanton, vice-président.

V. — Considérations sur l'adrénaline, par M. Loup, professeur a l'École dentaire.

Ce travail est publié dans *L'Odontologie* du 15 mars 1904, page 223.

Discussion.

M. Friteau. — Je suis très heureux d'entendre M. Loup déclarer que l'emploi du mélange anesthésique, cocaïne-adrénaline, doit être extrêmement limité en chirurgie-dentaire. M. Loup reconnaît que c'est dans le cas d'extractions multiples que l'adrénaline doit être surtout conseillée. Je ne suis pas de son avis : M. Loup reconnaissant que l'adrénaline, injectée même à très faible dose dans la muqueuse gingivale, est susceptible de provoquer des eschares, je craindrais, en employant l'adrénaline pour des extractions multiples, de provoquer des eschares très étendues de la muqueuse, et peut-être même de la nécrose plus ou moins limitée du bord alvéolaire ; ces eschares retarderaient la cicatrisation gingivale, et comme les extractions multiples sont surtout pratiquées pour mettre une bouche en état de recevoir aussi rapidement qu'il est possible un appareil prothétique, je crois que le mélange cocaïne-adrénaline rendra, dans ce cas particulier, de mauvais services.

J'ai fait un grand nombre d'injections intra-gingivales du mélange cocaïne-adrénaline avec 1, 2 ou 3 gouttes d'adrénaline pour un centimètre cube d'une solution de cocaïne à 1 o/o ; j'ai employé la plupart des adrénalines que nous trouvons chez les divers pharmaciens qui se livrent à la préparation de ce produit. J'ai observé chez mes malades des effets anesthésiques et vaso-constricteurs si différents, suivant l'adrénaline employée et aussi suivant la fraîcheur du produit, que j'en conclus que les produits qui sont livrés sous les noms ressemblant de près ou de loin au nom d'adrénaline sont de nature tout à fait dissemblable. Le mode de préparation, le mode de conservation, le degré d'acidité, etc., tout cela varie, et vraiment je crois que, tant que l'on ne nous livrera pas un produit cristallisé ou nettement cristallisable, nous ferons mieux de nous abstenir ; à mon avis les produits vendus sous les noms que vous connaissez tous comme solution d'un produit cristallisable extrait des capsules surrénales ne sont pas assez bien définis pour que nous puissions en conseiller l'usage.

M. Sauvez. — Comme M. Friteau, j'ai employé beaucoup l'adrénaline en injections intra-gingivales ; je ne l'emploie plus, autant à cause de l'instabilité et de la variété d'origine du produit, qu'à cause des eschares que j'ai observées. Il est dans le travail de M. Loup un certain nombre de points sur lesquels je ne suis pas d'accord avec lui : je n'en veux relever qu'un seul, celui qui est relatif au rôle qu'il attribue à la succion dans la production des hémorragies consécutives

aux extractions : la plupart de ces hémorragies reconnaissent toute une série d'autres causes bien connues et que M. Loup passe sous silence : l'hémorragie par succion est exceptionnelle, elle n'occupe pas le rang que notre confrère lui assigne.

M. Loup.— Je ne crois pas qu'il faille aller aussi loin que M. Friteau et rejeter complètement, dans l'état actuel de nos connaissances, l'emploi de l'adrénaline ; je ne conseille cependant que l'usage d'une préparation absolument fraîche. Je persiste à croire que le mélange cocaïne-adrénaline peut rendre de grands services dans les cas d'extractions multiples, parce que, avec une préparation fraîche, les eschares sont assez rares. Dans une muqueuse saine, je préfère la cocaïne seule, bien que ce cas particulier soit peut-être celui où l'adrénaline aurait le moins d'inconvénients. Je n'ai pas voulu, au cours de mon travail, faire une étude complète de l'étiologie des hémorragies post-opératoires; en signalant quelques-unes de ces causes, j'en ai rappelé une, la succion, et, si j'ai insisté assez longuement sur cette cause-là, c'est que je lui attribue un rôle très important dans la production des hémorragies consécutives aux extractions.

M. Touvet-Fanton, vice-président. — Je remercie, au nom de la Société, M. Loup de son très intéressant mémoire, qui permettra à chacun de juger, en pleine connaissance de cause, les avantages ou les inconvénients d'un produit qui, malgré son jeune âge, a déjà fait tant de partisans.

Le Secrétaire général,
Dr FRITEAU.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

SECTION D'ODONTOLOGIE



SESSION D'ANGERS

Séance du samedi 8 août 1903, après-midi.

Présidence de M. Delair.

La séance est ouverte à 2 heures.

M. Vichot fait part des excuses de MM. Rigolet (d'Auxerre) et Fayoux (de Niort).

I. — Note sur l'orthoforme en art dentaire.

M. Brodhurst donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. n° du 30 janvier 1903).

Discussion.

M. Pinèdre indique une thèse de Boisseau, de Bordeaux, qui a trait à la nirvanine et contient des conclusions analogues à celles de M. Brodhurst.

M. Vichot (Angers) cite des observations personnelles sur l'emploi de la nirvanine comme anesthésique local en injections hypodermiques. Il n'a pas trouvé que cet alcaloïde soit supérieur à la cocaïne, tout en ayant obtenu des résultats satisfaisants; par contre dans plusieurs cas d'injections de nirvanine il s'est produit une eschare au niveau de la piqûre avec une induration persistant plusieurs jours.

Il a utilisé avec succès et emploie couramment la nirvanine associée à l'acide arsénieux pour la dévitalisation pulpaire, qu'il obtient ainsi facilement et d'une façon totalement indolore dans la majorité des cas.

M. Dalban cite également des accidents ulcéreux dus aux injections de nirvanine.

M. Blatter indique des altérations de l'orthoforme.

M. Delair adresse à M. Brodhurst ses félicitations pour la façon dont il a traité un sujet aussi ardu.

II. — Des adrénalines en odontologie.

M. Granjon donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. n° du 30 décembre 1903).

Discussion.

M. Godon. — Le temps ne nous permet pas de discuter comme il conviendrait l'intéressante communication du Dr Granjon qui a fait l'objet de sa thèse.

Je le regrette, car j'ai eu le plaisir de la lire avant le Congrès en venant de Paris et je puis vous assurer que ce travail mérite toute notre attention.

Il constitue une étude très complète d'un produit nouveau et qui peut nous rendre de très grands services. Je soulignerai notamment son emploi comme anesthésique dans l'extraction, permettant d'abaisser la dose de la cocaïne à 2 ou 3 milligr. dans l'anesthésie de la dentine qui n'est encore qu'une espérance, dans la destruction immédiate de la pulpe, dans le procédé de la compression qui nous donne déjà de si bons résultats.

Je remercie M. le Dr Granjon des renseignements qu'il nous a fournis sur la toxicité et le mode de préparation des adrénalines, ainsi que sur ses modifications, car pour ma part j'ai limité son emploi en m'apercevant de son altération.

Je félicite notre jeune confrère, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, de ce travail important par lequel il marque son entrée dans la profession comme son collègue M. le Dr Dalban.

M. Granjon recherche les préparations parfaites d'adrénaline.

M. Delair félicite l'auteur de son remarquable travail.

III. — Rapports de la pelade avec les affections dentaires.

M. Picamal donne lecture d'une communication sur ce sujet.

Discussion.

M. de Croës signale quelques cas qu'il a observés, mais sans en tirer de conclusions.

M. Blatter fait de même.

M. Sauvez ne croit pas que les accidents peladiques soient tous d'origine dentaire.

M. Godon. — Je suis très heureux que M. Picamal nous ait fait sa communication très intéressante sur la pelade parce que j'ai eu occasion de discuter chez moi cette question dans ces derniers temps et que j'ai soutenu la même thèse que notre ami Sauvez.

Il me semble bien que l'on généralise trop sur cette question ; ainsi, un médecin que je soignais me faisait remarquer qu'ayant eu, il y a sept ou huit ans, une canine inférieure atteinte de pyorrhée alvéolaire, il avait eu en même temps une plaque de pelade, au menton sur le point correspondant à la pointe de la dite canine, la pyorrhée s'était améliorée à la suite d'un traitement, mais non guérie, puisque je la soignais sept ans après ; la pelade avait disparu.

M. Delair appuie la théorie des auteurs précédents par un cas cité par M. Rigolet, d'Auxerre, au Congrès de Montauban. Il adresse des remercîments à M. Picamal.

IV. — Sur l'influence des dispositions anatomiques dans la marche des abcès dentaires.

M. le Dr Dalban donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. n° du 15 septembre 1903).

Discussion.

M. Godon. — Je poserai une question à M. Dalban au sujet de sa très intéressante communication.

A-t-il fait une statistique sur les fistules et leur siège d'élection ? Il est évident que les considérations anatomiques qu'il nous a exposées ont leur influence sur le siège des fistules; pourtant, pour ne rien exagérer, il est nécessaire d'avoir présent à l'esprit ce qui se passe habituellement, savoir: que les fistules gingivales, vestibulaires, sont les plus fréquentes, que les fistules cutanées sont exceptionnelles et se produisent le plus souvent aux incisives inférieures et aux dents de sagesse, les palatines exceptionnelles également pour les incisives supérieures ; comme les abcès s'ouvrant dans le sinus, l'abcès palatin n'est la règle naturellement que pour la racine palatine des grosses molaires.

M. Dalban. — Il serait intéressant, en effet, de rechercher par une statistique les différents abcès auxquels peuvent donner lieu les diverses dents. Ce serait une confirmation des conclusions que nous avons cru pouvoir tirer de notre travail.

M. Delair adresse des félicitations à l'auteur pour son travail.

V. — Emploi du collargol en art dentaire.

M. Vichot (d'Angers) donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. n° du 30 janvier 1903).

M. Delair remercie et félicite l'auteur de la nouveauté de sa communication et espère le voir continuer ses recherches à ce sujet.

VI. — Rapport sur l'organisation des travaux pratiques de bactériologie dans les écoles dentaires.

M. Ledoux donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. n° du 30 décembre 1903).

M. Delair le félicite de ce travail.

VII. — Anomalies dentaires acquises.

M. de Croës donne lecture sur ce sujet d'une communication, qui se résume ainsi :

Définition. — Les anomalies acquises sont les déformations, les déplacements et les déviations que peuvent prendre les maxillaires et les dents pendant la vie humaine sous l'influence de différents états pathologiques et physiologiques.

Classification étiologique. — Nous pourrons dire qu'au point de vue étiologique elles se divisent en trois catégories: causes physiologiques, causes pathologiques, causes opératoires.

Les causes physiologiques sont dues à l'élongation, aux déviations engendrées par des diathèses et des états généraux spéciaux.

Quant aux causes pathologiques, elles sont amenées par toutes les affections locales, primaires ou secondaires, à des états généraux.

Les causes opératoires sont très nombreuses, et nous dirons qu'elles peuvent se diviser en :

Odontologiques : De ces dernières dépendent toutes les opérations faites sur les dents.

Stomatologiques : Toutes les opérations exécutées dans la cavité buccale.

Ces diverses anomalies produisent sur les dents et les maxillaires des sujets qui les portent des effets multiples qui peuvent être divisées cliniquement en :

- A. Anomalie des maxillaires.
  - De forme.
  - De dimension.
- B. D'articulation...........
  - Par imbrication.
  - Par béance.
  - Par opisthognathisme.
  - Par prognathisme.
- C. Des dents..............
  - Par déplacement. Siège.
  - Par projection..
    - Antéroversion.
    - Rétroversion.
    - Latéroversion.
    - Rotation sur l'axe.

Toutes ces anomalies provoquent chez ceux qui les possèdent des déformations et des déplacements portant sur les maxillaires, l'articulation ou les dents et ayant sur l'esthétique du visage les plus mauvais effets, en même temps qu'elles occasionnent des vices de phonation et des diminutions dans l'attrition alimentaire nécessitant des réparations prothétiques plus ou moins difficiles.

Discussion.

M. Blatter. — La communication de M. de Croës offre le plus grand intérêt tant au point de vue pédagogique, physiologique et pathologique que thérapeutique.

Cette communication arrive bien à propos après les idées émises hier par M. Siffre dans son remarquable travail « l'influence de l'extraction de la dent de 6 ans sur l'évolution de la dent de sagesse ». Dans la classification qu'il a établie M. de Croës semble justifier pleinement que l'extraction de la dent de 6 ans atteinte d'une carie du 3e degré pour éviter les accidents possibles d'évolution des dents de sagesse, apporte une perturbation grave pour l'articulation et l'engrènement des dents en général, soit par déviation des dents voisines, soit par diminution sensible du plan masticatoire.

M. Vichot (d'Angers). — A l'appui de la communication de M. de Croës sur les anomalies dentaires acquises, je vous citerai une observation personnelle faite sur un enfant de 7 ans dont les molaires temporaires présentaient dès l'âge de 5 ans une usure considérable de la face triturante au point que ces molaires n'avaient plus que l'aspect des dents de ruminants, si j'ose employer cette comparaison.

L'articulation n'était donc plus maintenue en place, car l'enfant pré-

sentait déjà à cette époque une tendance à porter le maxillaire inférieur en avant par suite de la disparition prématurée des dents antérieures. Aussi, cette anomalie n'ayant pas été corrigée par suite du refus des parents qui n'ont pas voulu insister devant la mauvaise volonté de l'enfant, il en est résulté une projection exagérée du maxillaire inférieur qui n'a pu être corrigée par suite de l'engrènement des molaires de 6 ans et nécessiterait à l'heure actuelle l'extraction des molaires inférieures si l'enfant arrivait à accepter une intervention.

M. Godon. — Je me félicite de l'intéressante communication de M. de Croës sur les anomalies dentaires acquises, elle est liée à sa dernière communication à la Société d'Odontologie de Paris sur les anomalies de dimension des maxillaires. Je ne le suivrai pas sur le terrain scientifique parce que malheureusement cette communication n'a pas été imprimée d'avance, comme les autres du reste, et nous n'en n'avons pas eu connaissance antérieurement. Je veux seulement appeler votre attention sur les conséquences pratiques au point de vue de la reconstitution de l'articulation normale par la prothèse, comme vient déjà de le faire mon ami Sauvez. Mais on ne saurait trop la souligner. Dans ces diverses anomalies, surtout après l'extraction de la dent de 6 ans, les tubercules des molaires ne s'engrènent plus d'une manière normale et le patient a des canines à la place de molaires, si le dentiste a soin de bien tenir compte de cette considération.

M. de Croës. — Je tiens à vous dire, avant que cette discussion soit close, mon opinion sur l'opportunité de l'extraction de la dent de 6 ans remise sur le tapis par cette communication.

Je m'élève et je m'élèverai toujours contre la tendance qu'ont certains praticiens à se débarrasser de dents qui les gênent, soit pour laisser la place à une dent problématique, soit encore pour faciliter un redressement. Nous n'avons pas le droit, nous réparateurs de vices buccaux, de diminuer la surface articulatoire, si minime soit cette diminution ; il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas de dents trop larges pour un maxillaire, mais toujours des maxillaires trop étroits, c'est-à-dire atrophiés, et qu'il est de notre devoir d'y remédier et que ce remède n'est pas l'extraction, qui ne fait que perpétuer l'atrophie, mais au contraire de rendre au maxillaire sa dimension normale, celle qui lui permettra de contenir toutes les dents dans une courbe régulière.

Cette méthode d'extraction prématurée est mauvaise en tous points :

1° Parce qu'elle diminue la surface articulatoire ;

2° Parce qu'elle permet le déplacement des dents voisines ;

3° Parce qu'elle augmente le nombre et l'exagération des insuffisances nasales ;

4° Parce qu'en perpétuant cette méthode sur plusieurs générations, c'est l'atrophie progressive, mais certaine, des arcades maxillaires.

Je ne reprendrai pas tous ces points, car, le premier, M. Godon l'a traité dans cette discussion de maîtresse façon.

Pour le second, je serais forcé de vous redire ce que je viens de vous lire au sujet des anomalies acquises, et ce n'est pas nécessaire. Mais ce qui est intéressant, c'est le troisième point : l'insuffisance nasale due à l'atrophie du maxillaire supérieur. Cette corrélation est manifeste et in-

contestable et à ce sujet même je tiens à vous dire que je prépare pour la Société d'Odontologie un travail sur la guérison de l'insuffisance par la dilatation des maxillaires atrophiés; cette théorie, qui du reste n'en est plus une pour moi, peut vous sembler une chimère et pourtant rien n'est plus vraisemblable si l'on prouve que l'ogivité de la voûte palatine diminue à mesure que s'écarte le maxillaire supérieur, sous l'influence de l'appareil de dilatation. Mais cette question n'étant pas encore au point, permettez-moi de ne pas entrer dans plus de détails.

Mais voyez alors, d'après ce que je viens de vous dire, combien serait néfaste, surtout pour nos descendants, cette méthode qui, ne faisant qu'augmenter l'atrophie du maxillaire supérieur, ne ferait qu'augmenter les cas d'insuffisance nasale d'une part, et d'autre part viendrait diminuer l'attrition alimentaire. Quelles tristes générations futures nous préparerons, si nous nous abandonnons à la grande facilité du traitement qu'elle nous donne!

Avant de terminer, en vous remerciant des éloges que vous avez bien voulu m'adresser au sujet de ce modeste travail, trop modeste même, je tiens à appuyer sur un point avec une remarque qui m'est toute personnelle : l'abaissement de l'articulation, même lorsqu'il reste encore une ou deux molaires antagonistes ; il se produit en effet une rotation sur ces molaires restantes qui devient l'axe de rotation d'un abaissement articulatoire antérieur ayant pour conséquence le refoulement des incisives du haut en avant. J'espère pouvoir bientôt vous dire les causes de cette rotation lorsque j'aurai revu un peu l'insertion des muscles masticateurs au cours de dissection du distingué professeur Julien, si toutefois il m'y autorise.

M. Delair félicite M. de Croës de son travail et fait ressortir l'importance de la question au point de vue physiologique et pathologique.

VIII. — Fractures multiples des maxillaires supérieurs et voiles du palais.

M. Bouvet donne lecture d'une communication sur ce sujet.

Discussion.

M. Sauvez présente diverses observations.

IX. — Fabrication des voiles du palais artificiels et des appareils flexibles de la face avec du caoutchouc ordinaire a dentiers.

M. Delair donne lecture d'une communication sur ce sujet.

Discussion.

M. Blatter félicite M. Delair de son dévouement et de la persévérance qu'il apporte dans ses recherches.

X. — Election du président de la session de 1904.

Il est procédé au scrutin pour l'élection du président de la session de 1904, qui donne les résultats suivants :

MM. Dr Pont........................ 24 voix, élu.
Bouvet........................ 2 voix.
Siffre........................ 1 voix.

M. Delair, président de la section, remercie les membres présents du concours qu'ils ont apporté pour la réussite de cette session — il félicite M. le Dr Pont de sa nomination et donne à tous rendez-vous à Grenoble.

M. Sicard, président du bureau local, prononce ensuite l'allocution suivante :

Mes chers confrères,

J'ai moi-même sollicité de notre président, M. Delair, la permission de vous adresser la parole pour la dernière fois de cette session, désormais close. J'ai été encouragé à cette démarche, en voyant avec quelle cordialité étaient accueillies les paroles prononcées devant vous lorsque, pleines d'esprit et de cœur le plus souvent, elles venaient charmer nos oreilles ; avec quelle cordialité même, mélangée d'indulgence, lorsqu'elles sortaient des lèvres quelque peu intimidées du moindre d'entre nous.

Je n'ai donc pas voulu vous laisser partir sans vous remercier du fond du cœur de l'œuvre saine et forte que vous êtes venus accomplir ici ; je ne parle pas seulement au point de vue de la science, but principal de nos réunions, mais surtout au point de vue des sentiments de vraie confraternité que nous possédions déjà en nous, mais qui dormaient et que vous avez réveillés !

Et vous les avez réveillés, messieurs, non pas tant seulement par les exhortations si vibrantes, si chaleureuses de cet homme toujours énergique, toujours inspiré, toujours écouté parce qu'il croit à ce qu'il dit, parce qu'il pratique tout ce qu'il enseigne, de notre cher directeur, du patron, comme je l'ai entendu nommer familièrement par quelques-uns d'entre nous, qu'une vieille amitié pouvait autoriser à cette familiarité, et qui lui donnaient ainsi, peut-être sans s'en douter, le plus beau titre que je connaisse : patron ne vient-il pas du mot latin pater, le père ?

Non pas tant seulement par les conseils si sages, si touchants que nous donnait notre cher président, M. Delair, lui aussi un con-convaincu, prêchant d'exemple ; non pas tant seulement par les paroles si imagées, si étincelantes de M. Rolland, directeur de l'Ecole dentaire de Bordeaux ; mais surtout, messieurs, vous avez fait renaître en nous ce que nous y avions à l'état latent, tout simplement par votre exemple. En vous voyant toujours unis parce que vous vous connaissiez, nous avons compris que l'on pouvait avoir des idées dissemblables, même des intérêts contraires, sans pour cela cesser de s'estimer.

Il faut donc, suivant cet excellent exemple, nous connaître ; en nous connaissant nous nous estimerons, et lorsque l'estime sera venue, non seulement l'estime des autres, mais la nôtre propre, la plus précieuse, lorsque l'estime sera venue, dis-je, l'affection vraiment

fraternelle ne sera pas loin et saisira la première occasion de se manifester.

L'heure de notre départ approche, messieurs, vous emporterez tous nos regrets, mais vous laisserez derrière vous la semence féconde, que vous avez si largement prodiguée ; le terrain destiné à la recevoir est bon ; la préparation seule manquait ; la moisson sera fructueuse. Laissez-moi terminer, messieurs, en adressant à notre distingué confrère M. Bouvet toutes nos félicitations pour sa nomination de vice-président du Congrès de 1903 ; c'est un honneur pour notre région ; c'est une excellente recrue pour vous.

La séance est levée et la session est close.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Précis d'Anatomie dentaire, par J. Choquet,

Professeur suppléant d'anatomie dentaire à l'Ecole dentaire de Paris.

Je viens de terminer la lecture de l'anatomie dentaire de Choquet et, avant d'en commencer la critique, je tiens à dire aujourd'hui ce que je pense de son auteur.

Depuis une douzaine d'années, je vois Choquet à l'œuvre, j'assiste à son évolution scientifique, et cet autodidacte, qui a commencé par être un simple mécanicien-dentiste, a déjà publié, tout en vivant de l'exercice de sa profession, une longue série de travaux toujours personnels et toujours intéressants.

Quoi qu'en puisse penser un confrère très distingué, mais dont la critique acerbe dépasse les bornes de toute équité, l'œuvre déjà considérable de Choquet lui fait le plus grand honneur et l'Ecole dentaire de Paris peut être fière de le compter parmi ses anciens élèves et parmi ses professeurs. Plus d'une école étrangère, je le sais, nous envie ce jeune savant.

Devant un certain parti pris de censurge (notre péché national, hélas !), je lui demande de ne pas se laisser décourager. Fort de son passé, qu'il élargisse, élève et coordonne sa méthode de travail ; qu'il soit à lui-même le critique juste et sévère que je vais tâcher d'être aujourd'hui.

Choquet, je l'ai déjà dit, est un savant, mais, quoique chargé d'un enseignement à l'Ecole dentaire depuis deux ou trois ans, il n'est pas encore assez professeur ; il lui manque d'être rompu à la routine pédagogique et son livre s'en ressent.

C'est ainsi que sa conscience d'homme de laboratoire réprouve l'insuffisance d'exactitude du schéma ; il n'admet que la reproduction exacte de la chose vue. En principe il a raison, mais qu'il pratique encore l'enseignement pendant quelques années et il comprendra que l'approximation schématique est l'étape indispensable pour permettre à l'élève de voir clair et vite, d'interpréter sûrement une pièce anatomique ou une coupe microscopique. J'ai connu deux admirables professeurs qui furent en même temps grands hommes de science, Farabeuf et Mathias Duval ; c'est au schéma surtout qu'ils ont dû le

succès de leur enseignement, qui avait cependant toute la rigueur scientifique.

Je fais donc ici à Choquet une critique de forme plutôt que de fond et j'ai la conviction que la 2e édition, qui suivra celle-ci de très près, s'enrichira d'intéressants schémas.

Je n'aurai d'ailleurs en général à reprocher à l'anatomie de notre collègue que des vices de forme ; c'est déjà dire toute la grande valeur scientifique de l'œuvre.

Le premier chapitre est consacré à des notions générales sur la dent dans le règne animal ; il est plein de documents d'un extrême intérêt ; mais pourquoi ce mépris des sous-chapitres annoncés en caractères spéciaux ? C'est un moyen de repérage si commode pour nous autres, lecteurs ignorants ! il faut nous faciliter la besogne par des divisions indiquées en gros caractères, par des annotations au bas des pages nous rappelant certaines données élémentaires ; nous étouffons au milieu de toute cette zoologie générale condensée en une douzaine de pages !

L'étude des maxillaires, de leurs rapports, de l'articulation temporo-maxillaire, est très bien faite, mais, sans revenir sur mon regret des schémas, j'aurais voulu que Choquet, anatomiste doublé d'un excellent praticien, ne méprisât pas quelques déductions pathologiques ; une anatomie comme la sienne ne doit pas être purement descriptive, elle est aussi topographique et le livre de Tillaux eût pu être en cela un modèle parfait.

La description des dents et de la cavité pulpaire est digne de tout éloge et la plus sévère critique ne peut que s'incliner devant la netteté, la précision et la clarté de ces chapitres si complets.

L'émail, la cuticule, la dentine, le cément, la pulpe, le ligament alvéolo-dentaire sont décrits par un histologiste rompu depuis longtemps à ces recherches spéciales ; de même la formation de la dent.

Le travail lui-même de la calcification en général est étudié trop sommairement ; je n'en dirai pas autant de l'étude très complète de la calcification des différentes dents en particulier. Je signale encore un chapitre fort intéressant sur les rapports des dents entre elles.

Enfin je vais me permettre une dernière remarque ; mais elle ne s'adresse pas exclusivement à Choquet, elle est d'ordre plus général : il y a en France deux groupes de dentistes, les odontologistes et les stomatologistes ; ce sont deux factions ennemies ; elles se méprisent et veulent s'ignorer. A cette première cause d'affaiblissement professionnel, ajoutez notre admiration aveugle pour l'étranger, puisqu'il suffit qu'une œuvre soit écrite dans une autre langue que la nôtre pour qu'elle soit prônée avec enthousiasme et sans discernement.

Choquet est un esprit trop sérieux pour n'avoir pas échappé à cette

dernière faiblesse, mais hélas ! comme je regrette un certain parti pris de passer sous silence tel travail intéressant de Pierre Robin sur l'évolution folliculaire, tel autre de Capdepont sur l'iter dentis, d'Aguilhon de Sarran sur l'articulation alvéolo-dentaire, telle discussion pleine d'intérêt à la Stomatologie sur le ligament alvéolo-dentaire[1].

Maintenant que j'ai fait en toute sincérité toutes mes petites réserves, je me sens fort à mon aise pour dire à Choquet que son livre, outre ses qualités descriptives, est remarquable par ses reproductions photographiques ; elles sont toutes originales, toutes intéressantes et quelques-unes sont des chefs-d'œuvre.

Choquet a fait un traité qui sera lu et consulté avec fruit non seulement par l'étudiant, mais encore par le praticien, le médecin même et par tous les anatomistes.

Dr L. FREY.

TRAITÉ DU REDRESSEMENT DES DENTS.

Par MILAND A. KNAPP, D. D. S.

Notre confrère M. Miland A. Knapp vient de publier la 2e édition de son *traité du redressement des dents* et a eu l'idée d'en faire faire une traduction française, éditée, comme l'ouvrage lui-même, par la maison S. S. White, de Philadelphie.

Le titre de *traité de redressement* ne nous semble pas en rapport avec le caractère d'un volume de ce genre, car l'auteur s'est proposé simplement dans ce travail d'exposer le mode de traitement et de correction de certaines anomalies dentaires d'après sa méthode. Il examine des cas types et décrit les appareils qui conviennent pour les traiter. Il indique naturellement la façon de placer et de retirer ces appareils et l'usage qui doit en être fait. Ces cas ont été choisis de manière à montrer les diverses parties des appareils imaginés par l'auteur et chacune de ses combinaisons est susceptible de s'appliquer à tout cas identique.

M. Knapp passe successivement en revue les bandelettes à boutons filetées ou à griffes, les barres en T, la vis à molette, la bande à enroulement, l'alvéole simple à T, les bandelettes, les bandes à vis, les arcs en forme de selle, les appareils de maintien, la barre d'arc filetée, les barrettes d'arc, les barrettes à boutons, etc.

Pour le traitement des irrégularités plus accentuées il décrit également quelques appareils tels que l'arc de saillie, la double vis à molette, à barrette, à bille, etc.

En ce qui concerne notamment les bandelettes à bouton, dont il se

---

1. Il est vrai d'ailleurs que, dans l'autre clan, jamais un travail d'odontologiste n'aura la libre pratique, à moins qu'il n'ait subi l'estampille, voire même quelquefois le démarquage de l'étranger.

sert pour fixer ses appareils et qui constituent surtout l'originalité de sa méthode, on peut donner une idée du système en disant que ces bandelettes sont ouvertes ou séparées du côté opposé à celui duquel la fixation doit se faire. Chaque extrémité de la bandelette est munie d'un bouton autour duquel s'enroule un fil métallique maintenant solidement ces extrémités à la distance voulue l'une de l'autre. Ces bandelettes se font en dix dimensions, variant depuis la plus petite incisive jusqu'à la plus grosse molaire. Les n°s 1 à 6 sont à bouton et servent pour toutes les dents, sauf pour les molaires, les n°s 7 à 10 portent des griffes et servent aux molaires. Les numéros les plus employés sont 3, 4 et 5 et suffisent dans la plupart des cas (bicuspides, cuspides centrales, latérales, haut et bas). Chaque bandelette peut convenir à une grande variété de dents, puisque les extrémités peuvent être maintenues écartées jusqu'à ce que les boutons touchent la dent de chaque côté ou peuvent se rapprocher suffisamment l'une de l'autre pour que les boutons viennent en contact entre eux. Les boutons servent à l'enroulement du fil.

La bandelette à boutons porte un pas de vis sur la tige du côté opposé aux boutons. C'est sur cette partie filetée que se fixent le chapeau de la vis molettée, l'alvéole carré en T, lequel peut se visser sur le bouton avant la mise en place, à l'aide de ciment, de la bandelette.

La bandelette à boutons à griffes comprend une barrette mortaise (ou tube) fixée du côté opposé aux boutons, qui reçoit et maintient en place les pièces d'ancrage de tous les appareils et permet de les enlever et de les replacer sans enlever la bandelette ou le bouton à griffes.

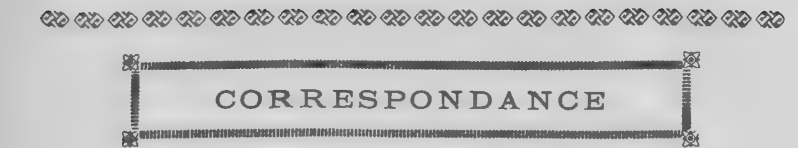
Les différentes pièces qui constituent ces appareils sont toutes prêtes à s'appliquer aux dents sans qu'il soit besoin de les souder. Elles sont interchangeables et la direction des forces peut être modifiée à chaque instant.

L'auteur s'appuie sur son expérience personnelle, d'une longue durée, pour affirmer l'efficacité de ses appareils et formule en dix conclusions les avantages pratiques qu'ils présentent.

Le volume, de 87 pages, est illustré de 90 figures très soignées, quoiqu'elles soient simplement schématiques, qui ajoutent considérablement à sa clarté.

Il se termine par la liste des diverses pièces qui servent pour les combinaisons de ces appareils avec indication de leurs dimensions et de leur prix. Cette nomenclature indique nettement et mieux qu'un commentaire quelconque le véritable but de cet ouvrage.

P. M.



CORRESPONDANCE

A. M. le Directeur de L'Odontologie [1].

Monsieur le Directeur,

Dans le travail de M. Choquet que vous avez publié dans votre dernier numéro, je me trouve pris à partie et quelque peu malmené. Je ne saurais d'ailleurs m'en plaindre, ayant eu moi-même l'occasion de faire connaître sur le même sujet un certain nombre de constatations qui n'étaient peut-être pas pour lui plaire et ne me trouvant pas, malgré cela, sensiblement moins bien traité que ceux qui d'aventure se hasardent à discuter les assertions de M. Choquet.

Je viens vous demander cependant de vouloir bien me permettre un mot de réponse. J'essaierai d'ailleurs de ne pas abuser de votre hospitalité : je désire seulement ne pas laisser croire à vos lecteurs, en ne répondant pas, que je puisse éprouver quelque embarras à le faire. Mais je n'aborderai pas ici le fond de la question, pour cette unique,mais excellente raison, que ma réponse aux faits qui, seuls dans cette polémique méritent de retenir l'attention, a été, comme je vais le dire, faite *par avance* avec tous les détails et preuves désirables et que je n'ai nullement l'intention de vous en imposer une réédition.

Je ne considérerai donc ici que les points qu'il me paraîtrait réellement difficile de laisser sans réplique.

M. Choquet m'a reproché, je crois, de n'avoir pas exactement reproduit ses expériences.

Cette proposition fût-elle fondée, au sens strict des mots, me toucherait encore assez peu. Les expériences de M. Choquet étant, pour des raisons que j'ai données, entachées d'un certain nombre d'erreurs et dénuées de la valeur probante qu'il leur attribue, il convenait, il était élémentaire même que, pour démontrer cette erreur, je commençasse par m'en garder moi-même, en variant les conditions de l'expérimentation.

Mais il y a plus : j'ai pris soin d'indiquer dans une note ajoutée au travail qu'a publié la *Revue de stomatologie* que ce n'était là qu'un *résumé* (et non pas une *partie*) d'un travail beaucoup plus complet qui paraîtra dans les comptes rendus du Congrès de Madrid,et qui contient,

1. Par suite d'une erreur de mise en pages, cette correspondance est restée sur le marbre au lieu de figurer dans le précédent numéro auquel elle était destinée.

disais-je, « le détail de toutes les expériences et la critique complète de la question ». Cette note n'est pas passée inaperçue de M. Choquet, puisqu'il y a fait allusion. Il demeure dès lors incompréhensible pour moi qu'il ait cru pouvoir se passer, pour entamer une discussion, qui dans son appréciation, doit avoir, je l'espère, un but scientifique, de ces documents complets qui en sont cependant le substratum indispensable. Il ne serait peut-être pas « courtois » de ma part de douter que le procédé ne soit la marque indéniable d'un esprit scientifique, mais je ne puis m'empêcher de lui dire qu'en faisant précipitamment porter toute sa discussion sur un texte incomplet et donné comme tel, il s'est donné toutes les apparences de vouloir se ménager une riposte facile en esquivant en réalité le fond du débat.

C'est précisément cette situation qui me dispensera momentanément d'une réponse détaillée aux allégations de M. Choquet. Cette réponse dont il lui a été commode de sembler ignorer la plus grande partie, et qui date, en réalité, je le rappelle immédiatement, d'avril 1903, je répète qu'il la trouvera avec tous les détails précis qu'il pourrait désirer dans mon travail de Madrid. Il verra que non seulement j'ai commencé par reproduire « dans la mesure où le permettaient ses données essentiellement imprécises » les expériences que j'ai contestées, mais que je les ai doublées de nombreuses expériences de contrôle qui manquent absolument dans son propre travail.

Accessoirement il y trouvera aussi établie la question de « démarquage « et de « rapt » dont il a bien voulu parler, utilisant ainsi, dans le but avoué de me donner une leçon de correction, des termes que, malgré « le manque de courtoisie de mon factum », je m'étais jusqu'ici refusé à lui appliquer moi-même.

De son argumentation actuelle, un seul point me paraît à retenir, c'est que pour la *première fois* depuis trois ans, et dans ce mémoire qui est son cinquième ou sixième sur ce sujet, M. Choquet a enfin consenti à donner une formule du liquide de pénétration qu'il emploie. Je constate une fois de plus que, continuant ses nombreuses variations sur ce point, cette formule diffère sensiblement de ce que pouvaient faire prévoir ses vagues indications antérieures — et que, par conséquent, les faits qu'il a antérieurement apportés, dont ceux que j'ai discutés, ne prouvent pas *de plano* scientifiquement en faveur de cette formule, où nous trouvons aujourd'hui de *l'essence de cannelle* dont il n'avait jusqu'ici pas parlé, et où le *chloroforme*, dont il avait dit un mot — pour le rejeter— s'unit au *toluène*, qui semble remplacer décidément dans ses préférences le xylol, qu'il lui avait substitué d'abord et auquel il avait cependant demandé de lui fournir son étiquette commerciale.

Quant aux prétentions *initiales* de M. Choquet, qui, comme ses indications expérimentales, ont insensiblement varié à chaque nou-

velle communication, il suffira pour les établir de se reporter à ses premiers articles. Il n'en est qu'une sur laquelle il demeure, au bout de trois ans, sobre d'explications, et qui cependant reste le point initial et le point important de la question : la possibilité de traverser, en deux ou trois minutes, la couche de dentine *hypercalcifiée* qui recouvre la pulpe dans certaines caries de *second* degré.

Quelque peu complet que soit mon article de la *Revue de stomatologie*, il l'est cependant suffisamment à propos d'un point fondamental, sur la signification duquel j'aurais été heureux de voir M. Choquet glisser moins facilement.

C'ést celui-ci: j'ai absolument établi qu'une *simple dissolution aqueuse* de bleu de méthylène pénètre parfaitement une dentine normale, non seulement aussi bien, mais incomparablement mieux que les *mélanges* colorés avec la même substance ; et ce fait doit être bien indiscutable, puisque M. Choquet, qui dans ses publications antérieures n'avait semblé en soupçonner ni l'existence, ni l'importance, l'admet aujourd'hui tout naturellement. Si simple qu'il paraisse, il comporte deux conséquences :

L'une que la pénétrabilité de la dentine, quand elle est possible, l'est sans la série de manœuvres spéciales dont M. Choquet s'est fait l'avocat ;

L'autre que toutes les expériences basées sur l'emploi du bleu de méthylène qu'il a invoquées comme démonstration de *sa* méthode de *déshydratation* n'ont absolument aucune valeur, viciées qu'elles sont par cette cause d'erreur que j'ai déjà qualifiée d'un peu grosse : la possibilité qu'a le bleu de pénétrer directement une dentine *hydratée*.

Voici donc établi un premier point, dont ni diversions personnelles, ni grandiloquentes protestations ne sauraient diminuer la signification précise[1].

Je reste à la disposition de mon aimable et distingué contradicteur pour établir ainsi les autres, successivement et méthodiquement, s'il lui plaît — après que mon travail aura été publié intégralement — de

1. Cette considération expérimentale a d'ailleurs une conséquence pratique d'un grand intérêt. Elle établit toute la valeur d'un procédé de thérapeutique dentinaire sur lequel je me suis arrêté dans une autre communication au Congrès de Madrid, dont le *Dental Cosmos* vient de me faire l'honneur, aussi apprécié que flatteur, de donner un *extrait* dans son dernier numéro. Lorsqu'on aura sous les yeux le texte complet de ce travail, on pourra apprécier avec quel remarquable esprit d'à-propos j'ai été accusé de vouloir m'approprier une autre méthode, sur le *substratum* de laquelle je maintiens absolument mes prétentions au peu qui me revient d'*antériorité* — persuadé qu'il est de l'intérêt général de s'opposer résolument dans la mesure de ses moyens à certaines tendances et à certaines pratiques — mais qui, logique dans la description originale de son initiateur et dans l'application limitée que j'en avais faite, me parait être devenue dans la traduction de mon contradicteur actuel un non-sens dont la démonstration exclut suffisamment, à mon avis, la compétition.

vouloir bien les discuter sans les confondre et les embrouiller; s'il ne lui paraît pas contraire à ses principes de discuter « simplement par la voie de la presse scientifique »; et s'il veut bien laisser les discussions « d'homme à homme » et les « défis » aux réunions électorales, à l'unique intellectualité desquelles elles avaient semblé répondre jusqu'ici et parmi lesquelles, je l'espère, M. Choquet ne classe pas la Société d'Odontologie. Dr G. Mahé.

P.-S. — M. Choquet a cru devoir émettre d'éloquents regrets sur le choix de la société à laquelle j'ai présenté, avec l'ensemble de mes pièces, le résumé de mon travail. Il est vraisemblable que j'ai eu pour le faire des raisons valables : quelles qu'elles soient cependant, elles sont trop étrangères au fond d'un débat qui se suffit amplement à lui-même pour être examinées ou même indiquées ici. J'eusse songé superflu d'ailleurs de faire même une allusion à un reproche de cette nature, si, sous la plume de M. Choquet, il n'évoquait fatalement un souvenir d'une coïncidence trop piquante pour passer inaperçue. N'est-ce pas le collègue qui prétend aujourd'hui me faire la leçon qui antérieurement, présenta en premier lieu à une société étrangère, non professionnelle, avec une prétention, d'ailleurs injustifiée, de priorité, un travail sur le même sujet, travail qu'il soumit *ensuite seulement* à la Société d'Odontologie, *comme la suite à une discussion antérieurement engagée devant elle?* Ce fut moi-même précisément qui soulignai alors le procédé, et je ne puis m'empêcher de penser que si aujourd'hui M. Choquet insiste avec tant de complaisance sur ma participation aux travaux d'une société où m'ont d'ailleurs précédé certains membres les plus distingués de notre corps enseignant, c'est peut-être avec le secret espoir que ceci puisse faire oublier cela.

Monsieur le directeur du ournal « L'Odontologie ».

Monsieur le Directeur,

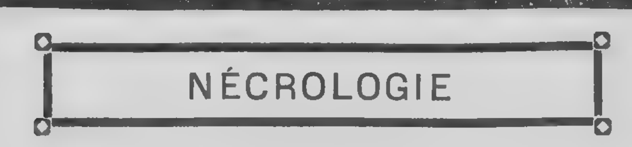
Voudriez-vous insérer dans le plus prochain numéro de votre estimable journal la présente, pour apprendre aux lecteurs que cela pourrait intéresser que ce que me fait dire M. Choquet, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, dans son article paru dans le numéro 3 de *L'Odontologie* (15 février 1904), est tiré d'un procès-verbal de la Société de Stomatologie, séance du 20 juillet 1903 (*Revue de Stomatologie* de novembre 1903).

Cela a un intérêt, car certains paragraphes et certains mots ont été supprimés par M. Choquet, ce qui change totalement le sens de « mes dires ».

. . . .

Je vous prie de croire, monsieur le directeur, à ma parfaite considération et d'accepter mes hommages confraternels. Dr Siffre.

9 mars 1904.



Dr SANDSTEDT

Nous avons à déplorer la mort subite d'un des principaux dentistes de Stockholm, le Dr Sandstedt, professeur de prothèse à l'Ecole dentaire de Stockholm, ancien président de la Société d'Odontologie de Stockholm.

C'était un homme très doué, très instruit et s'intéressant beaucoup aux œuvres populaires. Il avait inauguré les conférences populaires avec projections pour initier la masse à l'hygiène de la bouche. Il laisse plusieurs travaux scientifiques remarquables.

Il a plusieurs fois été l'hôte de la France dans des missions du Gouvernement suédois auprès de nous et plusieurs d'entre nous se rappellent la chaleureuse réception qu'il nous a faite lors de la réunion de la Fédération dentaire internationale à Stockholm en 1902.

Il laisse des regrets unanimes non seulement parmi ses confrères et amis à Stockholm, mais aussi chez ses amis à l'étranger.

Que sa famille veuille bien recevoir nos sympathiques condoléances.

R. H.

Mlle QUEUDOT

Notre confrère M. le Dr Queudot, directeur de l'Ecole odontotechnique, vient d'avoir la douleur de perdre sa fille à l'âge de 18 ans.

Les obsèques ont eu lieu le lundi 22 mars.

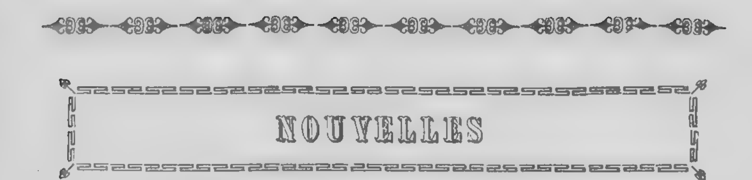
L'Ecole dentaire de Paris y était représentée par M. Martinier, directeur adjoint.

Nous adressons à M. le Dr Queudot et à sa famille l'expression de tous nos regrets et l'assurance de notre sympathie.

Mme NINCK

Notre confrère M. Schwartz (Emile), de Nîmes, président de l'Association des dentistes du Sud-Est et membre de l'Association générale des dentistes de France, vient de perdre un membre de sa famille, Mme Ninck, à l'âge de 68 ans.

Nous adressons l'expression de nos regrets à M. Schwartz.



NOUVELLES

Thèse de doctorat.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que M. Ledoux, chef du laboratoire de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris, a soutenu le 25 février sa thèse pour le doctorat ès-sciences naturelles. Son travail intitulé : *Essai sur la régénération expérimentale des feuilles chez les légumineuses* a obtenu la mention *très honorable.* Nous sommes heureux de lui adresser à cette occasion nos plus sincères félicitations.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de M. Ch. Mussat, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris, à Périgueux, avec Mlle Marie-Rose-Marthe du Quesne, descendante du célèbre marin français.

Le mariage a eu lieu le 29 février.

Nous adressons nos meilleurs vœux aux futurs époux.

Etudiants français aux Etats-Unis.

Les étudiants français en dentisterie actuellement à l'Ecole dentaire de l'Université de Pensylvanie, à Philadelphie, au nombre de dix, ont formé, en novembre dernier, sous le nom de *Groupement français de l'Université de Pensylvanie,* une petite association qui a pour but d'entretenir des rapports amicaux et professionnels entre ses membres dans le présent et l'avenir.

Nous adressons tous nos souhaits de prospérité à la nouvelle société.

Association générale des dentistes de France.

MM. Delair, d'Argent, Godon, Stévenin, Lemerle, Cohen, Collard, Fouques, Hugot, Ronnet, Vichot, Thuillier et Rigolet ont été

nommés membres du Conseil d'administration de l'Association générale des dentistes de France dans l'assemblée générale du 19 mars.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE.

La session annuelle de la Fédération dentaire nationale, à Paris, aura lieu le samedi 9 avril 1904, à 5 heures et demie de l'après-midi, à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergene, et le dimanche 10 avril.

ORDRE DU JOUR.

Samedi 9 avril 1904.

A 5 heures et demie, séance à l'Ecole dentaire de Paris.

1° Correspondance ;
2° Procès-verbal de la session précédente ;
3° Rapport du secrétaire, M. Blatter ;
4° Démission du secrétaire général, M. Papot ;
5° Rapport du trésorier, M. Delair ;
6° Allocution du président ;
7° Rapport sur le doctorat en chirurgie dentaire, Dr Ch. Godon ;
8° Rapport sur l'hygiène dentaire dans les agglomérations, M. Blatter ;
9° Rapports avec la F. D. I. et le Congrès de St-Louis ; organisation de la session de Grenoble de la F. D. N. ;
10° Nomination de délégués ;
11° Propositions diverses.

A 7 heures et demie, Ecole dentaire de Paris. Banquet annuel de la F. D. N. à Paris. Ce banquet aura lieu par souscription. Le prix est fixé à 10 francs.

A 9 heures du soir, Ecole dentaire de Paris. Séance de communications scientifiques.

Dimanche matin.

A 9 heures, Ecole dentaire de Paris. Séance de démonstrations pratiques.

S'il y a lieu, séance de la F. D. N. à 2 h. de l'après-midi, à l'Ecole dentaire de Paris.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

A l'occasion de la session parisienne de la Fédération dentaire nationale, les réunions scientifiques suivantes sont organisées à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

1° Séance de Communications du samedi 9 avril à 9 h. du soir.

1° Considérations sur l'articulateur Bonwill, Dr Godon;

2° La carie du collet et les rapports pouvant exister entre celle-ci et les relations anatomiques de l'émail et du cément, M. Choquet;

3° Un nouvel anesthésique local; avantages de l'anesthésie locale en art dentaire, Dr Sauvez;

4° Les divers modes d'administration du chlorure d'éthyle en anesthésie générale; avantages de l'anesthésie générale en art dentaire, Dr Friteau;

5° Un cas de fracture du maxillaire inférieur, M. Heïdé.

2° Séance de démonstrations pratiques du dimanche 10 avril à 9 heures du matin.

1° Obturations de porcelaine, procédé de Jenkins, M. Heïdé;

2° Stérilisation de la dentine, M. Choquet;

3° Aurifications : or non cohésif, M. Richard-Chauvin;

4° Aurifications : méthode mixte, M. Lemerle;

5° Prothèse restauratrice, M. Delair;

6° Fabrication et pose d'une couronne, M. Kritchevsky;

7° Emploi d'un nouvel anesthésique local, Dr Sauvez;

8° Emploi d'un nouvel anesthésique local, le chlorhydrate d'Yohimbine, Dr Pinet et M. Blatter;

9° Somnoforme et extractions dentaires;

10° Chlorure d'éthyle et extractions dentaires, Dr Friteau

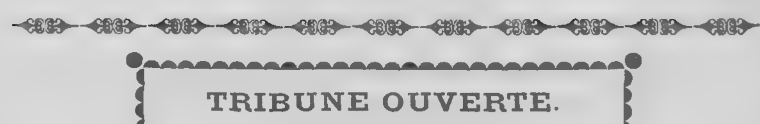
Le secrétaire général,
Dr FRITEAU.

COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision**; aussi a-t-il été nécessaire de faire un 4e VOLUME, qui est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes; il vient d'être envoyé à tous les souscripteurs.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître IMMÉDIATEMENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.



N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons, tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 224. — 1° *Les professions de dentiste, pharmacien, herboriste, sage-femme sont-elles incompatibles en vertu d'un décret ou d'un article de loi?*

2° *Existe-t-il un petit volume donnant les questions posées aux divers examens de chirurgien-dentiste devant la Faculté? Quel est le nom de l'auteur et le nom de l'éditeur ?*

3° *En quoi consiste le 3e examen de chirurgien-dentiste ?* R. N.

☞ *Réponse.* — 1° Jusqu'à présent il n'y a aucune incompatibilité, mais le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie en prévoit (voir *L'Odontologie* du 30 octobre 1903, p. 357).

2° Nous avons publié ces questions dans *L'Odontologie :*

1er examen, page 45, 15 avril 1903.
2e — — 95, 30 janvier 1904.
3e — — 155, 15 février 1904.

3° En examen clinique de malades et en interrogations. E. P.

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.

Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

La plupart du temps les confrères qui usent de nos « DEMANDES ET OFFRES » *désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée :* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur*, sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*

24e ANNÉE. N° 6 30 MARS 1904 VOL. XXXI



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

AUX LECTEURS DE *L'ODONTOLOGIE*

Dans sa dernière réunion, le Conseil général du Groupement professionnel de l'École dentaire de Paris a renouvelé leurs fonctions à notre sympathique et dévoué directeur, M. Godon, et à notre actif et laborieux rédacteur en chef, M. Martinier.

Pour des raisons de santé, M. Papot a refusé d'accepter le renouvellement de son mandat de secrétaire de la rédaction ; personne n'a pu fléchir la décision de celui qui, depuis 1900, a assumé, avec le zèle et l'autorité que chacun se plaît à lui reconnaître, cette importante fonction du journal Ce n'est pas sans en éprouver les plus vifs regrets que nous nous séparons d'un collaborateur aussi précieux et aussi compétent. Nos regrets sont cependant amoindris par ce fait que M. Papot n'abandonne qu'une partie de ses fonctions au journal ; cédant aux prières de ses nombreux amis, il a bien voulu en conserver la partie administrative, dont il est chargé depuis 1896, et il a été réélu à l'unanimité administrateur-gérant de *L'Odontologie*, poste où nous espérons le garder longtemps encore.

Le nouveau secrétaire de la rédaction est M. Friteau, le distingué professeur de l'Ecole dentaire de Paris, secrétaire général de la Société d'Odontologie ; nous sommes certains qu'il apportera au comité ses qualités d'initiative, de

méthode et d'érudition, qui l'ont fait remarquer par tous ses confrères dans les différents postes qui lui ont été confiés jusqu'ici.

Deux membres nouveaux entrent au comité de rédaction : l'un, M. Richard-Chauvin, notre ancien rédacteur en chef, connu de tous par ses remarquables travaux de dentisterie opératoire, veut bien nous apporter le concours de son autorité ; l'autre, M. de Croës, qui a prouvé par de nombreux travaux originaux une activité indiscutable et une valeur professionnelle indéniable vient renforcer le nombre de nos rédacteurs habituels.

La nouvelle administration du journal est décidée à donner à notre revue scientifique un vigoureux essor ; elle a comme programme principal de s'assurer la collaboration effective de tous ses correspondants, de publier, en temps voulu, toutes les questions d'actualité professionnelle, ainsi que les comptes rendus analytiques des livres, revues et sociétés, et de donner une extrême régularité à la publication du journal. Chaque administrateur ayant l'intention de fournir un travail constant, il nous paraît préférable de ne rien promettre en plus de ce que nous venons d'indiquer, parce que nous avons l'intention de tenir plus que nous ne pourrions promettre. Dans l'année qui va s'écouler nous allons accomplir les réformes que nous croirons utiles au développement progressif du journal et de la profession ; ce n'est pas sur ce programme que nous voulons être jugés : c'est sur notre œuvre que nous demanderons à nos lecteurs de nous apprécier lorsque, au bout d'un an, nous aurons rempli notre mandat.

La Rédaction.

Travaux Originaux

CONTRIBUTION A L'ORTHOPÉDIE DES MAXILLAIRES

L'ORTHODONTIE LIÉE A L'ORTHOPÉDIE DES MAXILLAIRES. ÉLARGISSEMENT DE L'ARCADE DENTAIRE INFÉRIEURE

Par J. D'ARGENT,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

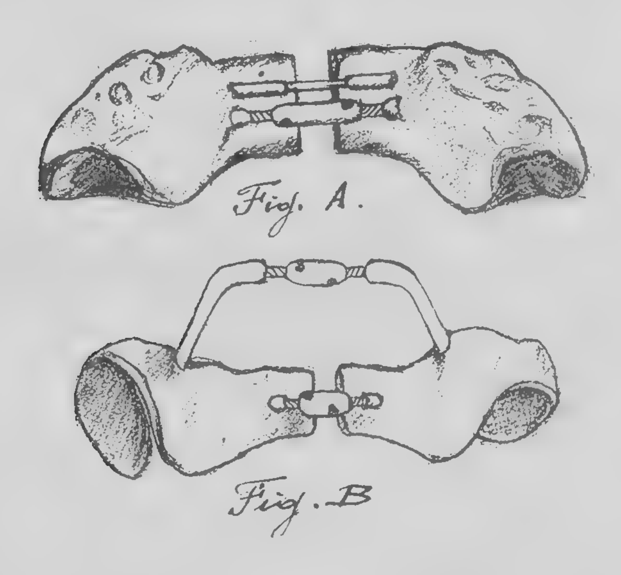
(Communication à la Société d'odontologie, séance du 1er mars 1904.)

Dans une première communication que nous avons eu l'honneur de faire à la Société d'Odontologie de Paris, le 2 octobre 1903, sur l'Orthodontie liée à l'Orthopédie des maxillaires, nous avons présenté des appareils nouveaux tendant à corriger l'atrésie du maxillaire supérieur; nous avons indiqué, pour prendre date, que nous avions construit, pour rectifier l'étroitesse de l'arcade dentaire inférieure, des appareils analogues à ceux que nous employons pour l'élargissement du maxillaire supérieur. Nous en avions montré deux spécimens, en faisant observer que, plusieurs de ces appareils étant à l'essai et n'ayant pas encore terminé leur tâche, nous ne pourrions publier une relation sincère des effets produits, avec résultats à l'appui, que postérieurement. Ce sont ces résultats que nous sommes heureux de faire connaître dans ce travail.

Nous avons expérimenté deux sortes d'appareils basés sur le même principe, mais ayant une puissance d'action différente. Le choix de l'un ou de l'autre dépend de la résistance à vaincre, celle-ci étant généralement en raison de l'âge du sujet. En tout état de cause, l'appareil A servira plus spécialement à élargir la portion antérieure du maxillaire inférieur, pour faciliter l'arrangement des incisives et des canines imbriquées les unes sur les autres; l'appareil B servira surtout à provoquer l'extension simultanée de

cette même région et des branches servant d'assise aux prémolaires et molaires, pour rengréner ces dents avec celles du maxillaire supérieur, préalablement élargi.

L'appareil A est formé de deux gouttières en vulcanite, englobant les prémolaires et molaires inférieures et une portion des gencives jugale et linguale. Elles sont réunies par un épais bandeau moulé sur la face postérieure des incisives et des canines, ainsi que sur la gencive sous-jacente.

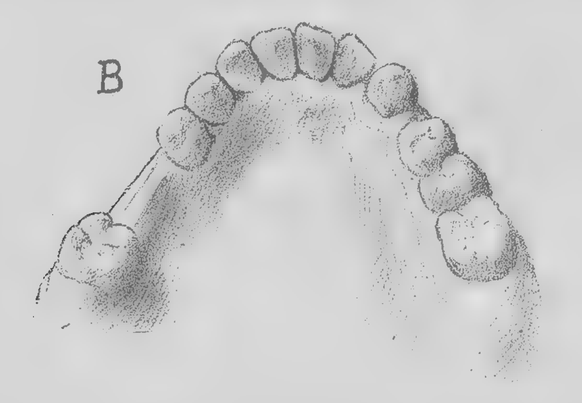


Tout contre ce bandeau — ou mieux, dans l'épaisseur même du bandeau, afin d'augmenter la rigidité de l'ensemble et de supprimer certains espaces rétrécis, d'un nettoyage fastidieux — se trouve placé un coulisseau inséré au niveau des collets des dents et disposé horizontalement. A un demi-centimètre en arrière de celui-ci, et à un millimètre plus bas — par conséquent au-dessous du collet des prémolaires — se trouvent insérés les écrous d'une double vis à pas contrarié, disposée parallèlement au coulisseau. Bien actionné, sur un sujet de 15 ans ou au-dessous, ce dispositif suffira pour écarter les branches du maxillaire, tant au

niveau des molaires qu'à celui des prémolaires et des canines. Mais, lorsque la résistance opposée aux confins des deuxièmes molaires sera réellement trop grande, ainsi



qu'on peut s'y attendre, de 16 à 25 ans ou sur des sujets fortement constitués, on pourra la vaincre, soit en donnant plus de rigidité aux parties latérales de cet appareil, en



noyant une tige métallique dans leur épaisseur, soit en employant l'appareil B. Cet appareil B est actionné par deux vis de Jack avec ou sans coulisseau antérieur. Ce n'est qu'une modification de l'appareil A avec addition d'un vérin convenablement placé, pour agir sur l'arcade dentaire au niveau des premières molaires.

Ce vérin est disposé horizontalement et parallèlement au

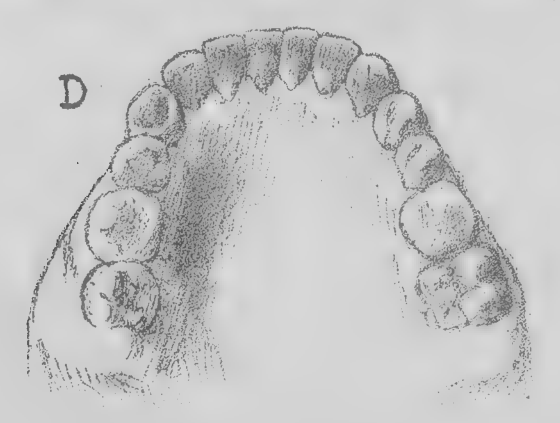
vérin antérieur, mais à une certaine distance au-dessus du plan de mastication.

Il est supporté par deux fortes tiges émergeant verticale-



ment de l'angle linguo-triturant de l'appareil, vers l'axe des premières molaires.

Ces deux tiges sont arquées suivant la courbure palatine



et disposées de telle sorte que, la bouche étant close, il y ait quelques millimètres entre elles et la voûte du palais, suivant l'écartement qu'on se propose d'obtenir.

La langue, placée sous cette arcade, trouve assez d'espace pour accomplir ses fonctions, soit dans le langage, soit dans la déglutition.

Ce dispositif constitue un ensemble très rigide et très puissant, susceptible de vaincre les plus grandes résistances.

A priori, cet appareil peut paraître très encombrant, difficile à supporter et fort gênant pour la langue, qui semble embarrassée dans ses mouvements.

Sans soutenir le contraire, ce qui serait exagéré, nous devons déclarer que cette gêne est toute momentanée et qu'au bout de peu de jours les sujets qui ont fait usage des appareils représentés par les fig. A et B ne se plaignent pas.

C'est ainsi que nos deux patientes, âgées respectivement de 20 et 23 ans, ont obtenu un élargissement de plus d'un demi-centimètre mesuré au niveau des premières molaires et ont supporté les appareils sans trop de gêne, parlant très distinctement et déglutissant facilement. Elles n'ont, à aucun moment, manifesté de sensibilité spéciale, et la durée du travail a été pour l'une de deux mois, pour l'autre de trois mois environ.

A leur âge, du reste, on se fait une raison ; on apprécie les résultats esthétiques ou seulement utiles qui dépendent d'une énergique intervention, et l'on comprend les difficultés à surmonter ; or il faut convenir que ce n'est pas peu de chose que de provoquer l'élargissement d'un maxillaire inférieur d'adulte.

TECHNIQUE DES INJECTIONS DE COCAÏNE

Par M. le Dr Maurice Roy,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Nos lecteurs savent que les éditeurs J.-B. Baillière et fils poursuivent la réimpression, en 2e édition, de l'excellent Manuel du chirurgien-dentiste *publié sous la direction du Dr Ch. Godon, dont la 1re édition a eu un succès mérité.*

Nous avons annoncé déjà l'apparition des volumes suivants :

Clinique de prothèse dentaire et d'orthodontie, *par P. Martinier.*

Pathologie des dents et de la bouche, *par L. Frey et G. Lemerle.*

On nous communique aujourd'hui les bonnes feuilles du volume Thérapeutique de la bouche et des dents, *qui va paraître prochainement et nous croyons être utiles à nos lecteurs en en reproduisant ci-dessous un des chapitres traitant de l'anesthésie.*

N. D. L. R.

Pour l'extraction des dents, la cocaïne, quelle que soit la préparation adoptée, doit être employée sous forme d'injections sous-gingivales, les applications topiques n'anesthésiant que la couche superficielle de la muqueuse, ce qui est absolument insuffisant.

Le lieu où doivent se faire les injections est loin d'être indifférent, et il ne suffit pas qu'il soit situé au voisinage de la dent à extraire pour que les injections produisent efficacement l'anesthésie. Un point dont il faut être bien pénétré, et qui, en chirurgie générale a été cause de nombreux insuccès attribués à tort au médicament, c'est qu'il y a une différence fondamentale entre l'injection d'un alcaloïde quelconque du genre de la morphine, de la quinine, de la strychnine, par exemple, et l'injection d'un agent anesthésique local. Dans le premier cas, c'est un effet général que l'on cherche à produire ; pour cela, on doit porter le médicament dans une région où il sera rapidement repris par la circulation générale, qui, le portant alors au niveau des cellules sur lesquelles il exerce plus particulièrement son électivité, lui permettra de produire l'action en vue de laquelle il a été injecté. Dans ce cas, il suffit de trouver une région et un tissu où cette ab-

sorption se fasse très rapidement, sans qu'on ait à se préoccuper de l'action locale exercée, qui est nulle. C'est pour ces raisons que, pour les médicaments injectés en vue d'une action générale, les injections sont faites dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ces *injections hypodermiques* sont très faciles à faire et peu douloureuses, en raison de la laxité du tissu cellulaire, et il existe dans ce tissu un riche réseau lymphatique et veineux qui transporte rapidement dans la circulation générale la solution injectée.

Lorsqu'on injecte un anesthésique local, et la cocaïne en particulier, ce n'est nullement une action générale que l'on cherche à obtenir ; on doit rechercher, au contraire, tous les moyens de l'éviter, ou tout au moins de la restreindre. Un point qui ressort des données physiologiques que nous avons exposées plus haut, en dehors des controverses sur l'action anesthésique générale de la cocaïne, c'est que ce médicament agit sur les extrémités nerveuses périphériques, que les troncs soient ou non impressionnés par lui, suivant les théories admises. Il faut donc, par conséquent, injecter la cocaïne autant qu'il est possible au voisinage de ces extrémités nerveuses périphériques. Aussi, s'il s'agit d'une incision de la peau, ce n'est pas une *injection hypodermique* qu'il faut pratiquer, comme cela est le cas pour une injection de morphine, c'est une *injection intradermique;* s'il s'agit d'une section osseuse, c'est une injection *intra-périostée.*

Dans le cas d'une extraction de dent, la douleur produite par l'opération a pour siège l'alvéole et les tissus périalvéolaires et particulièrement le ligament périradiculaire, dont on connaît la riche innervation, qui se manifeste si bien dans les douleurs de la périostite. C'est donc, autant que cela se peut, au niveau de ces tissus qu'il faut faire les injections ; pour cela, il ne faut pas les pratiquer en un point quelconque de la muqueuse buccale, et faire des *injections sous-muqueuses,* qui se répandent dans le tissu cellulaire, produisant une action locale insignifiante et une action générale maxima ; il faut faire des *injections intra-gingi-*

vales, uniquement. En effet, la gencive est une fibro-muqueuse, c'est-à-dire l'union intime de la muqueuse gingivale avec le périoste alvéolaire, qui ne peut en être séparé par les dissections les plus fines ; c'est un tissu d'une grande densité. Il en résulte qu'une injection faite dans ce tissu se diffusera beaucoup moins et agira par imbibition sur les extrémités nerveuses périphériques des tissus qu'il convient d'anesthésier, et particulièrement du périoste.

Cependant la gencive n'occupe autour de la dent qu'une région parfois très limitée à la face externe notamment, quelquefois elle n'est représentée que par une simple bande de quelques millimètres; néanmoins, ainsi que nous le pratiquons et l'enseignons depuis de longues années, *c'est uniquement dans cette bande gingivale qu'il faut faire l'injection pour agir efficacement, quelle que soit la longueur des racines.*

Ces observations ont beaucoup moins d'importance en ce qui concerne les injections à pratiquer à la face interne; en effet, à la mâchoire supérieure particulièrement, il n'y a pas de muqueuse ordinaire, mais uniquement de la fibro-muqueuse dans toute l'étendue du palais. A la mâchoire inférieure, sans être aussi étendue, la fibro-muqueuse est aussi ordinairement plus abondante à la face interne qu'à la face externe. Ce sont ces raisons anatomiques qui expliquent pourquoi les injections échouent facilement à la face externe, si on ne les fait pas strictement intra-gingivales, tandis que cela se produit beaucoup plus rarement à la face interne, où elles sont, surtout à la mâchoire supérieure, forcément faites dans la fibro-muqueuse. C'est également l'absence de fibro-muqueuse autour de certaines dents, les dents de sagesse inférieures, par exemple, qui est cause de l'échec très fréquent des injections de cocaïne pour l'extraction de ces dents.

Il faudra donc s'inspirer des considérations importantes que nous venons de développer pour pratiquer les injections de cocaïne. Rappelons que la gencive se distingue nettement de la muqueuse du sillon vestibulaire par sa consistance

beaucoup plus grande, sa couleur plus rosée et par son absence de mobilité sur les parties profondes, très manifeste lorsqu'on imprime des mouvements à la joue ou à la lèvre. Lorsque l'injection est faite dans la fibro-muqueuse, celle-ci blanchit immédiatement sans production de boule d'œdème ; si, au contraire, on dépasse la fibro-muqueuse, il se forme immédiatement une boule d'œdème, en même temps que l'injection, qui était très dure à pousser dans la gencive, devient beaucoup plus facile. Lors donc qu'une injection de cocaïne rencontre une résistance insuffisante, en dehors d'une fuite de la seringue ou de la sortie de l'aiguille à l'extérieur, dont on doit toujours se préoccuper, il y a lieu de penser que l'injection se fait dans le tissu cellulaire ; s'il y a production d'une boule d'œdème, il n'y a aucun doute à cet égard. Dans ce cas, il faut retirer l'aiguille et injecter en un autre endroit.

Les injections sont faites à l'aide de la seringue de Pravaz. Avant l'opération, on devra s'assurer du bon fonctionnement de la seringue, dont le piston et les cuirs devront être en très bon état, les injections rencontrant généralement une assez grande résistance. De plus, la seringue et les aiguilles devront être soigneusement désinfectées avant et après chaque opération. On emploiera des aiguilles fines de préférence, ou des aiguilles en platine iridié, qui ont l'avantage de pouvoir être rougies sans être détériorées, mais ont l'inconvénient d'être un peu grosses.

On aura des aiguilles droites et courbes, afin de pouvoir atteindre toutes les régions.

La quantité de cocaïne injectée ne devra en aucun cas excéder 5 centigrammes, dose qui ne devra être atteinte que dans des cas tout à fait exceptionnels ; des doses de 1 à 3 centigrammes au maximum sont suffisantes, à moins d'opérations très étendues. Nous ne reviendrons pas sur la dilution de la solution ; il est bien entendu que celle-ci ne devra jamais être d'un titre supérieur à 2 o/o et de préférence à 1 o/o. Nous nous servons couramment d'une solution à 1 o/o, que nous préparons extemporanément et dont nous injectons 2 gram-

mes (deux seringues de Pravaz), ce qui correspond à 2 centigrammes de cocaïne.

L'anesthésie par la cocaïne peut se pratiquer dans la position assise, mais cette position prédispose aux syncopes que peut produire la cocaïne par son action vaso-constrictive, à laquelle vient s'ajouter souvent l'émotion opératoire ; il sera donc prudent de faire les injections dans la position horizontale, quitte à relever le malade, s'il en est besoin, au moment de l'opération (Reclus) ; on évitera ainsi une grande partie des accidents observés à la suite des injections de cocaïne.

On pourra opérer sans s'inquiéter de l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac ; cependant, il est préférable que le malade ne soit pas à jeun (Reclus)[1].

M. Reclus, dans une récente communication, a ainsi formulé les règles d'administration de la cocaïne en chirurgie dentaire : 1° employer des solutions faibles, 1/2 ou 1 0/0 au maximum ; 2° coucher les malades, les opérer dans cette position et ne les laisser lever qu'après une demi-heure et lestés d'une tasse de café ou d'un petit verre de liqueur[2].

Le malade étant dans le décubitus dorsal, après lui avoir fait laver la bouche au préalable avec une solution antiseptique, on nettoiera le champ opératoire d'abord avec des tampons d'ouate sèche, puis avec des tampons imbibés d'alcool thymiqué ou d'une solution antiseptique analogue.

La seringue étant remplie et les globules d'air en ayant été chassés, on flambe l'aiguille et l'on pratique les injections. Celles-ci se font dans l'épaisseur de la gencive, à la face externe (labiale ou jugale) et à la face interne (palatine ou linguale).

Les injections seront faites à une hauteur variable, suivant l'étendue de la fibro-muqueuse. A la face externe, la faible étendue de celle-ci permet rarement de faire de bonnes injections verticales ; il y a plus d'avantage à les

1. Reclus, *De l'analgésie par la cocaïne en chirurgie courante (Semaine médicale*, 1893, p. 33).
2. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 10 février 1903.

faire horizontalement. On enfonce donc l'aiguille de la seringue un peu en avant de la dent à extraire, dans l'épaisseur de la gencive ; on l'enfonce peu au début et l'on injecte quelques gouttes de solution, puis on l'enfonce un peu plus loin, on injecte de nouveau quelques gouttes, on enfonce de nouveau l'aiguille plus avant et ainsi de suite, de façon à injecter complètement toute la face externe de la fibro-muqueuse, en débordant légèrement la dent à enlever en avant et en arrière et en n'enfonçant à nouveau l'aiguille que lorsque la région où l'on va pénétrer a été préalablement anesthésiée par l'injection précédente. De cette façon, la première piqûre est seule sentie par le malade, encore pourra-t-on atténuer cette très légère douleur par l'application sur la gencive d'une goutte d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 o/o. Si l'aiguille pénètre dans le tissu cellulaire, ce dont on est prévenu par la moins grande résistance des tissus à l'injection et par la production d'une boule d'œdème, on retire l'aiguille et on l'enfonce dans un autre point en tenant compte des indications précédentes.

A la mâchoire inférieure, les injections de la face interne présentent à peu près les mêmes indications que celles de la face externe, si ce n'est qu'elles doivent se faire verticalement en raison de la configuration de la région à opérer, et qu'il faut veiller à enfoncer modérément l'aiguille, de même que dans toutes les injections faites verticalement, pour ne pas dépasser la fibro-muqueuse.

A la mâchoire supérieure, les injections de la face interne sont très faciles à pratiquer, puisqu'elles se font forcément dans la fibro-muqueuse ; on les fera verticalement à égale distance environ du collet de la dent à enlever et de la pointe de sa racine, en n'enfonçant l'aiguille dans une nouvelle région que lorsque celle-ci a été anesthésiée par l'injection précédente, ainsi que cela vient d'être dit. Comme à la face externe, on injectera toute la fibro-muqueuse au niveau de la dent à enlever, en dépassant légèrement celle-ci en avant et en arrière.

Parfois, dans les gencives très denses, les injections présentent une résistance anormale ; on pourra, dans ce cas, au lieu de faire l'injection tout en enfonçant l'aiguille, enfoncer celle-ci préalablement d'un centimètre et la retirer alors lentement en poussant l'injection. Ce mode de faire a l'inconvénient d'être un peu plus douloureux, mais il a l'avantage, en outre de la résistance moindre que rencontre l'injection, d'éviter l'injection dans une veine, accident peu à craindre dans cette région, mais auquel il faut cependant songer.

La quantité à injecter aux faces interne et externe est variable suivant les dents à extraire : elle varie de 50 centigrammes à 1 gramme de solution pour chaque face, suivant le nombre des racines de la dent et sa résistance présumée, ce qui fait au total, avec une solution à 1 0/0, 1 à 2 centigrammes de cocaïne par dent. Si l'on a deux dents contiguës à enlever, il suffira d'augmenter la quantité de moitié seulement, soit un centigramme et demi à 3 centigrammes. Si, comme cela se rencontre parfois lorsque les dents voisines se sont resserrées par-dessus la dent à enlever, l'extraction doit produire un certain traumatisme au niveau des dents voisines, il y a lieu de prolonger les injections au niveau de ces dents en augmentant légèrement la quantité injectée.

Les injections terminées, il faut attendre quelques instants avant d'opérer. M. Reclus conseille d'attendre cinq minutes ; mais pour le cas particulier qui nous occupe, les injections prenant de deux à trois minutes, nous pensons, d'accord avec M. Sauvez [1], qu'une attente de deux minutes après la dernière injection est suffisante.

La durée de l'anesthésie est plus ou moins prolongée suivant les régions ; en effet, si pour des opérations de chirurgie générale, Reclus a vu l'anesthésie durer une heure et plus, dans la bouche elle ne dépasse généralement pas cinq à dix minutes.

M. Sauvez, dans un travail récent, conclut que la dose d'un centigramme de cocaïne en solution à 1 0/0 est suffisante

---

1. Sauvez, *Manuel opératoire des injections de cocaïne. L'Odontologie*, 1903, v. XXIX, p. 535.

dans la grande majorité des cas et, appliquant dans toute leur rigueur les prescriptions de M. Reclus, dit que « avant ou après l'opération le malade doit prendre un repas ou un cordial et être laissé dans la position horizontale pendant un quart d'heure au moins, si l'on n'a injecté qu'un centigramme de cocaïne dans un centimètre cube, et pendant une, deux ou trois heures même, si l'on a employé une dose supérieure dissoute dans l'eau, et d'autant plus longtemps que la dose aura excédé un centigramme[1] ». Nous pensons pour notre part que ces dernières prescriptions, notamment la station horizontale prolongée *après* l'opération, ne sont pas indispensables tant que l'on n'a pas dépassé la dose maxima de trois grammes de solution de cocaïne à 1 o/o, dose qui ne doit être atteinte que pour l'extraction de deux ou trois dents contiguës et qui ne doit être dépassée que pour des cas tout à fait exceptionnels, où les indications ci-dessus formulées doivent alors être intégralement appliquées.

---

1. Sauvez, *loc. cit.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 1er mars 1904.

Présidence de M. Loup.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

Le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Godon, qui ne peut, pour cause de maladie, assister à la séance.

I. — Maillet automatique électrique ; moteur a fraiser électrique et a main ; radiologie dentaire, par MM. E. Darmezin, étudiant en médecine, et R. Darmezin, étudiant a l'Ecole dentaire.

Les appareils que MM. Darmezin devaient présenter ayant subi un retard de fabrication, leur description et leurs dessins ont été remis entre les mains du président et seront déposés dans les archives de la Société.

II. — Erreur de diagnostic entre une hémorragie d'origine gingivo-dentaire et une hémorragie consécutive a un ulcère de l'estomac, par M. Rigolet, D. F. M. P.

Sur la prière de M. Bonnard, le secrétaire général donne lecture de la note ci-dessous :

J'ai eu l'occasion d'être appelé, au mois de juin 1903, près d'une malade, Mme X... que l'on me dit être atteinte de vomissements de sang. Mme X..., âgée de 38 ans, mariée depuis dix ans, n'ayant pas d'enfants, me raconte que, depuis six ans, elle est prise à époques très irrégulières, de deux à quatre mois d'intervalle, de vomissements de sang, au sujet desquels tous les médecins consultés ont porté le diagnostic d'hémorragies consécutives à un ulcère de l'estomac. Cette malade est d'apparence très robuste ; dans ses antécédents personnels ou héréditaires, on ne relève rien d'intéressant.

Quelques heures avant ma visite, un parent de cette malade, en regardant d'où pouvait provenir le sang qui s'é-

coulait en abondance par la bouche, avait cru s'apercevoir que le sang provenait de la face profonde de la lèvre supérieure. Le médecin, appelé en toute hâte, avait constaté que l'hémorragie provenait bien de la lèvre, et il avait diminué l'intensité de l'écoulement sanguin à l'aide de quelques pointes de feu et d'un fragment d'amadou imbibé de perchlorure de fer.

A l'examen, je constatai que le sang qui suintait encore, provenait d'une ulcération fistuleuse située sur la face labiale du bord alvéolaire, à peu près à la hauteur de l'incisive latérale. La malade portait un appareil de prothèse posé depuis quelques années sur des racines non soignées ; toutes ses gencives étaient rouges, tuméfiées, fongueuses et présentaient quelques orifices fistuleux, laissant suinter du pus fétide. Mon exploration, bien qu'elle fût faite lentement, amena une recrudescence de l'hémorragie : du sang noir s'écoulait en nappe et en quantité considérable. Je fis de la compression avec un tampon d'ouate légèrement imbibé de perchlorure de fer et l'hémorragie cessa.

Quelques jours après, la malade consentit, sur mes conseils, à se faire extraire toutes ses racines. La cicatrisation fut rapide : il n'y eut plus trace d'hémorragie. Actuellement la malade porte un appareil sans la moindre gêne.

Cette observation ne montre pas seulement qu'un examen superficiel peut permettre de confondre une hémorragie d'origine gingivo-dentaire avec une hémorragie stomacale ; elle montre aussi l'un des nombreux accidents qui peuvent se produire chez les individus qui portent des appareils de prothèse sur des racines non soignées.

M. le président. — M. Rigolet a fait œuvre utile en nous adressant cette observation, qui, à cause de l'absence de son auteur, ne peut être livrée à la discussion.

III. — APPAREILS EXTENSEURS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR : RÉSULTATS OBTENUS PAP M. D'ARGENT, PROFESSEUR SUPPLÉANT A L'ECOLE DENTAIRE.

La communication de M. d'Argent est publiée dans *L'Odontologie* du 30 mars 1904, page 271.

M. d'Argent accompagne sa communication de pièces justificatives consistant en un appareil (V. fig. A. page 272) destiné à l'élargissement de la partie antérieure du maxillaire inférieur, et un appareil (V. fig. B, page 273) destiné à l'écartement de la partie postérieure de l'arc mandibulaire. Ces deux appareils, qui ont servi au redressement de deux maxillaires, sont accompagnés des moulages montrant les maxillaires aux différentes phases du redressement.

Discussion.

M. Friteau. — Je n'ai pas employé l'appareil que préconise M. d'Argent pour l'extension de la partie postérieure de l'arc mandibulaire ; mais j'ai employé celui qu'il a présenté au Congrès d'Angers pour l'élargissement de la partie antérieure du maxillaire inférieur. J'en ai fait usage chez deux jeunes filles, l'une de 16, l'autre de 17 ans ; les résultats obtenus sont satisfaisants, et je me propose de les communiquer à mes confrères lorsque ces bouches, atteintes de multiples irrégularités, auront subi un redressement complet. Je ne cache pas que j'ai été surpris de la parfaite tolérance de ces appareils ; la vis de Jack placée transversalement et la tige dans laquelle elle glisse me paraissaient, *à priori*, devoir amener des désordres du côté du frein ou de la face inférieure de la langue : il n'en a rien été. Je dirai même que la gêne de l'articulation des mots n'est pas très accentuée après quelques jours de traitement. J'ai reconnu à la vis de Jack, telle qu'on la trouve chez les fournisseurs, un grand inconvénient : elle est en acier et elle s'oxyde si vite dans la bouche que, après une semaine de traitement, une vis est inutilisable : on ne peut ni ramener la vis à son point de départ ni la faire avancer. J'ai donc fait construire par mon mécanicien, des vis de Jack en melchior à l'aide de deux filières, l'une à droite (objet commercial), l'autre à gauche (spécialement fabriquée sur ma demande). Ces vis en melchior ne subissent aucune altération dans le milieu buccal et une seule d'entre elles permet de mener à bonne fin un redressement.

M. Delair. — Je demanderai à M. Friteau s'il s'est servi du melchior dans des appareils en caoutchouc, et, s'il s'en est servi, quel procédé il a employé pour faire tenir le melchior dans du caoutchouc, puisque le melchior, comme l'argent, ne tient pas fixé dans le caoutchouc.

M. Friteau. — Je n'ai fait aucune préparation spéciale : les vis de Jack en melchior tiennent parfaitement dans du caoutchouc cuit ; je dirai même qu'à titre d'essai de laboratoire j'ai fait une ou deux vis en cuivre jaune qui n'ont pas abandonné leur bandeau de caoutchouc. C'est là un fait d'observation et je tiens mes appareils à la disposition de M. Delair.

M. Delair. — Le laiton tient encore moins bien dans le caout-

chouc que le melchior qui contient 33 o/o de nickel, et il a fallu que M. Friteau noyât dans une grande épaisseur de caoutchouc le melchior ou le laiton des vis pour qu'elles puissent être fixées.

M. Friteau. — Je n'ai pas mis plus de caoutchouc que n'en ont les appareils que nous présente M. d'Argent et je n'ai pas observé la moindre dislocation de mes appareils.

M. Platschick. — J'appuie les affirmations de M. Friteau en ce qui concerne la fixation des vis de Jack en melchior dans des appareils en caoutchouc.

Depuis quelques temps j'ai fabriqué plus de 150 appareils avec des vis de Jack en melchior, car j'ai abandonné celles d'acier pour les raisons données par M. Friteau et aussi à cause de leur prix. Je fabrique les vis de Jack au tour et je les fais toujours, vis et écrou, en melchior ; j'avais d'abord essayé de les fabriquer en métal Victoria, mais je suis venu au melchior et je n'ai jamais eu le moindre ennui.

M. Gillard. — Certains métaux se comportent mal vis-à-vis de la cuisson du caoutchouc, non pas à cause du soufre, mais à cause de l'hydrogène sulfuré qui se dégage, dans la machine, durant la cuisson ; cet hydrogène sulfuré attaque certains métaux, comme le cuivre, et il se forme entre le métal et le caoutchouc, durant la cuisson, un sulfure qui empêche le caoutchouc de durcir au voisinage du métal.

M. d'Argent. — Le reproche adressé par M. Friteau aux vis de Jack en acier est parfaitement justifié ; certains fournisseurs font d'ailleurs des vis de Jack en melchior, mais je reconnais volontiers avec MM. Platschick et Friteau qu'il est préférable de les fabriquer soi-même et de les dorer. Avec les vis en acier, je recommande aux malades de mettre, matin et soir, une goutte d'huile d'amande : c'est ce qui m'a permis de mener à bonne fin, avec une seule vis, chacun des deux redressements dont le moulage est présenté ce soir à la société.

La blessure de la face dorsale de la langue ne se produit pas avec l'appareil n° 2, si l'on a soin d'adoucir les bords de la vis et de sa barre d'appui. Cet appareil, tel qu'il vous est soumis avec une vis en acier, est celui qui a servi à opérer le redressement dont le moulage est passé sous vos yeux : au cours du traitement, la malade, ayant constaté que la face dorsale de sa langue devenait noire, enroula autour de la vis quelques fibrilles d'ouate hydrophile : la coloration, occasionnée par le frottement de la vis d'acier oxydée, ne se reproduisit plus.

M. Loup. — La communication de M. d'Argent est la continuation de celle qu'il nous a faite tout récemment ; après nous avoir montré l'application de la vis de Jack pour le maxillaire supérieur, M. d'Argent nous montre comment avec cette vis il obtient l'écartement du maxillaire inférieur. Nous ne pouvons que le féliciter des résultats acquis et le remercier de nous communiquer pour nous instruire le fruit de ses intéressantes recherches.

IV. — Ether et chloroforme en art dentaire, par le Dr Pinet, professeur a l'Ecole dentaire.

Cette très courte étude n'a d'autre but que de faire connaître ce qui nous a conduits, M. Jeay et moi, à employer dans certains cas l'éther et dans certains autres le chloroforme pour les diverses opérations qu'on a l'occasion de pratiquer en art dentaire.

Après des observations cliniques très scrupuleusement étudiées, nous sommes arrivés, M. Jeay et moi, à cette conclusion : l'éther a sa place, le chloroforme a la sienne ; nous employons l'éther pour les opérations de courte durée, tandis que nous réservons maintenant — je dis maintenant intentionnellement — le chloroforme pour les opérations de longue durée.

Ceux qui connaissent mes idées sur les agents anesthésiques doivent être un peu étonnés de cette évolution, de cette sorte de volte-face que je fais, mais vous savez qu'il est un proverbe qui dit que l'homme absurde ne change jamais... et en science on doit agir suivant l'expérimentation, suivant les données acquises, suivant une foule de choses qui font que la manière de voir d'un jour ne sera peut-être pas celle du lendemain. Je tiens à déclarer que, si je suis arrivé à conseiller et à employer le chloroforme pour les opérations de longue durée, c'est grâce à la méthode que nous enseigne, depuis quatre ans, notre collègue, le Dr Friteau ; — notez bien que je n'envoie ici aucun coup d'encensoir : ce n'est ni de mon âge, ni de mon caractère. Je vois les faits, je les accepte et j'en fais mon profit, comme j'en fais profiter ceux auxquels j'enseigne dans cette enceinte.

Vous savez quels sont les accidents du chloroforme, la syncope naso-réflexe primitive, la syncope secondaire, qui est aussi d'origine bulbaire, et la syncope tertiaire par intoxication.

Avec l'éther on n'a à redouter ni la syncope primitive, ni la syncope secondaire ; mais la syncope tertiaire peut arriver.

Pour administrer l'éther, nous prenons le masque de Jul-

liard qui aurait, d'après certains anesthésistes, l'inconvénient de masquer complètement la face. En administrant avec ce masque l'éther à doses massives, on donne d'un coup au sujet, suivant sa force, 50, 60 grammes ou davantage d'éther. Au bout d'un temps qui varie entre 4 et 10 minutes, un quart d'heure au maximum, on peut observer quelques secousses; on observe rarement des vomissements. On entend un ronflement ; le malade a une vaso-dilatation générale de la face ; on enlève alors le masque et, dans la grande majorité des cas, on a un temps qui varie de 2 à 5 minutes pour opérer, et en 2 ou 5 minutes on a le temps de faire un certain nombre d'extractions.

Si les extractions ne sont pas terminées on remet une dose de 20 grammes. Supposons que nous ayons donné 60 grammes déjà, cela fait 80 grammes. Le malade s'endort de nouveau et l'on recommence. Mais il arrive des cas où l'on a à faire non pas un très grand nombre d'extractions, mais des extractions extrêmement laborieuses. Il en résulte que nous sommes obligés de pousser l'éthérisation jusqu'à des doses de 160, 180, 200, 210 grammes d'éther. Nous n'avons pas bien entendu, ni de syncope primitive, ni de syncope secondaire ; il n'en est pas de même de la syncope tertiaire : sur un organisme quelconque, 200 grammes d'éther sont une dose considérable et depuis que j'ai observé, avec M. Jeay, un accident de collapsus cardiaque qui aurait pu être très grave, j'ai complètement renoncé à ces doses : nous ne pouvons pas pousser jusqu'à 200 grammes d'éther; après avoir évité les deux syncopes primitive et secondaire, on risque trop avec de pareilles doses de provoquer la syncope tertiaire.

Voici la ligne de conduite que je conseille maintenant de suivre. Si vous jugez que les extractions seront faciles et que vous n'aurez pas à dépasser 100 à 120 grammes d'éther, faites une éthérisation avec le procédé que je viens d'esquisser: le malade s'endort très vite, très facilement, vous avez peu de secousses, excepté chez les nerveux. A doses massives de 40 à 60 grammes la malade s'endort très rapi-

dement. Lorsqu'il commence à se réveiller, remettez 20 grammes et continuez jusqu'à 100 à 120 grammes : ainsi limitée l'éthérisation n'offre aucun danger.

Si vous prévoyez qu'il vous faudra faire des opérations d'une durée de 40, 50 minutes ou davantage et que cela vous amène à 200 grammes d'éther, c'est dangereux : ne prenez pas l'éther, mais prenez le chloroforme.

Le chloroforme ne nous met pas à l'abri de la syncope primitive ou secondaire, mais donné comme le donne mon collègue Friteau, par la méthode des gouttes ainsi qu'il l'a modifiée, — car il y a bien des méthodes des gouttes qui ne sont pas celle qu'il emploie — on peut aller pendant 40, 50, 60 minutes avec 20 à 25 grammes de chloroforme ; ce qui nous mènerait, pour des anesthésies de 2 heures inobservées en chirurgie dentaire, à une dose maximum de 40 à 50 grammes de chloroforme, donnés bien doucement, avec la méthode telle qu'elle est employée par notre confrère.

Franchement chez un sujet qui évidemment ne présente pas de contre-indication cardiaque, on peut employer le chloroforme, parce qu'on n'a pas à redouter la syncope tertiaire.

Quant à la syncope secondaire, dans quelles conditions se voit-elle?

D'abord elle est bulbaire ; un malade fait une aspiration trop grande de chloroforme, d'où excitation d'origine médullaire, puis d'origine bulbaire, entraînant la syncope ; cela tient à ce que vous avez donné trop de chloroforme à la fois. Si vous donnez le chloroforme petit à petit, par petites gouttes, le malade ne prendra que très peu de chloroforme à la fois et vous aurez beaucoup moins de chances d'avoir la syncope secondaire.

Ensuite, avec des doses relativement faibles de chloroforme vous pouvez avoir une anesthésie extrêmement prolongée.

Pour conclure, je pense que l'éther ne doit pas être donné à plus de 100 à 120 grammes.

Je pense que pour les opérations de longue durée il vaut mieux employer du chloroforme. Voilà tout ce que j'avais à dire.

J'aurais dû pour développer toute ma pensée faire une plus longue conférence ; j'ai simplement résumé à la hâte mes déclarations pour rendre publique ma nouvelle opinion sur le chloroforme et l'éther.

DISCUSSION.

M. Friteau. — Je dois d'abord remercier mon excellent confrère M. Pinet des éloges qu'il veut bien m'adresser en tant que « chloroformiste ». Il est de mon devoir de reporter ces éloges, d'une part sur ceux de mes maîtres, M. le professeur Quénu et son élève M. le Dr Beaudoin, qui, en 1892, m'ont enseigné la méthode des gouttes et d'autre part sur l'Ecole dentaire de Paris qui m'a permis, depuis plus de cinq ans, d'appliquer méthodiquement à la chirurgie dentaire cette méthode des gouttes qui paraissait plus difficile à y employer que dans la chirurgie générale. Les éloges étant ainsi remis à ceux auxquels ils sont dus, je m'empresserai d'ajouter combien il m'est agréable d'entendre reconnaître, par un éthériste aussi distingué et aussi convaincu que M. Pinet, la supériorité incontestable du chloroforme sur l'éther pour les interventions de longue durée. Il est certain qu'avec la méthode des gouttes, appliquée comme je la conseille en chirurgie dentaire, il n'y a pas à craindre de syncope tertiaire : les opérations dentaires les plus longues que nous ayons à faire dans le milieu d'enseignement de notre école ne dépassent jamais une heure, durant laquelle, malgré la succession des sommeils et des réveils, nous ne dépensons jamais plus de 25 grammes de chloroforme.

Je ne crois guère à la possibilité d'une syncope secondaire par le chloroforme, si l'anesthésiste ne cède pas aux sollicitations de l'opérateur ; en ne donnant jamais, *sous aucun prétexte,* plus de 3 gouttes de chloroforme à la fois, en maintenant toujours le malade dans l'état d'amollissement du réflexe oculo-palpébral (sans pousser jusqu'à l'abolition de ce réflexe), il n'est pas possible d'observer de syncope secondaire. L'anesthésiste doit donc se soustraire à tout ce qui l'entoure et refuser d'obéir aux injonctions du chirurgien qui lui dira « Poussez le chloroforme, le malade ne dort pas encore ou est réveillé » ; l'administration du chloroforme appartient uniquement à l'anesthésiste : s'il n'augmente pas la dose initiale, il ne provoquera pas de syncope secondaire.

Le gros reproche fait au chloroforme par les partisans de l'éther, c'est qu'il peut causer la syncope primitive, alors que l'éther ne la provoque jamais. Je répondrai aux éthéristes que la syncope primitive de la chloroformisation ne se produit pas avec une anesthésie lentement conduite ; c'est une syncope par inhibition, bien plus qu'une

syncope laryngo-réflexe; cliniquement elle est bien plutôt une syncope par peur qu'une syncope d'origine pharyngo-laryngée. Les cas que j'ai observés dans ma vie hospitalière joints à ceux qui m'ont été rapportés, m'ont confirmé dans mon opinion, et je pense actuellement que les syncopes graves du début de la chloroformisation ne se produisent que chez les timorés. C'est pour éviter cette syncope que je recommande tant aux élèves de rassurer le malade durant les heures précédant le sommeil, de laisser la compresse imbibée de 2 à 3 gouttes de chloroforme entre les mains du malade lui-même durant les quelques minutes du début de l'anesthésie, de causer pendant 4 à 5 minutes avec le patient en lui expliquant les phénomènes qu'il ressentira, etc., de s'efforcer, en un mot, de calmer toutes ses appréhensions. Ce procédé me donne de bons résultats; depuis que je multiplie ces précautions destinées à calmer les justes appréhensions des malades à anesthésier, je n'ai jamais observé le moindre incident, ni la moindre alerte. Je ne nie pas les syncopes primaires de la chloroformisation; mais je crois qu'elles sont imputables soit aux doses immodérées de chloroforme que l'on administre par les méthodes autres que celle des gouttes, soit à l'anesthésiste lui-même qui n'a pas su calmer la terreur du patient.

Je conclus donc ceci : donné par la méthode des gouttes, avec toutes les précautions que je ne cesse de recommander dans mes cliniques à l'école, le chloroforme est aussi peu dangereux que l'éther en ce qui concerne les syncopes primitive et secondaire ; et, comme l'éther prédispose plus que le chloroforme à la syncope tertiaire, je reste partisan du chloroforme, même pour les opérations de durée moyenne. Lorsqu'on commence une série d'extractions dentaires, surtout alors que l'on apprend aux élèves à faire ces extractions, on est incapable de fixer à l'avance la durée de l'intervention : avec le chloroforme, par la méthode des gouttes, on peut opérer durant 1 h. 1/2 ou 2 heures avec 35 à 45 grammes de chloroforme, sans craindre la syncope tertiaire; en moins d'une heure avec l'éther, on est déjà dans la période où la syncope tertiaire va se produire. Je préfère donc le chloroforme parce qu'il me permettra toujours de terminer, sans crainte de syncope tertiaire, une intervention commencée.

Il est enfin une autre raison qui me tient éloigné de l'éther : c'est la dimension du masque de Julliard ; j'avoue que je n'ose pas endormir un malade dont je ne puis surveiller la cornée, la pupille, la face, etc. Si le masque de Robinson que j'essaie d'employer depuis peu avec l'éther me donne de bons résultats, peut-être deviendrai-je moins hostile à l'administration de cet agent anesthésique qui donne, j'en conviens, à Lyon et ailleurs, d'excellents résultats.

M. Pinet. — Il est certain que le chloroforme, donné par la méthode des gouttes avec les précautions que vient de répéter briève-

ment M. Friteau, présente beaucoup moins de dangers vis-à-vis des syncopes que n'en présentait la chloroformisation par la méthode des doses massives ou par celle dite de lenteur. Je ne crains pas de recouvrir la face du patient avec le masque de Julliard, parce que je n'ai pas besoin de surveiller ni sa cornée ni sa pupille ; je reconnais qu'il est en anesthésie confirmée lorsqu'il ronfle. La couleur de la face ne m'inquiète pas, car si la moindre tendance à l'asphyxie se produit, j'en suis averti par l'apparition sur la poitrine du patient de grandes taches rouges séparées par des intervalles de peau normalement colorée. Tant que le malade ronfle, c'est qu'il est en résolution musculaire ; tant que sa poitrine conserve sa coloration normale, c'est que l'hématose se fait régulièrement.

M. Loup. — Je tiens à exprimer à M. Pinet tous nos remerciements pour la communication si instructive qu'il vient de nous faire ; les applaudissements qui ont accueilli notre confrère l'ont récompensé de ses efforts, et nous ne pouvons que lui exprimer toute notre reconnaissance.

V. — Un nouvel anesthésique local : le chlorhydrate d'yohimbine, par MM. Pinet et Blatter.

M. Pinet, en son nom et au nom de M. Blatter, communique à la Société le résultat de leurs récentes recherches sur un nouvel anesthésique, le chlorhydrate d'yohimbine ; après lecture de la communition ci-dessous, les auteurs se mettent à la disposition de la société pour faire, à l'occasion de l'assemblée générale de l'Association générale des dentistes de France, une démonstration de ce produit nouvellement introduit en thérapeutique.

J'ai eu récemment connaissance d'un nouveau corps, l'yohimbine, provenant d'un arbre d'Afrique, appelé l'yohimbehe. Des études ont été faites en Allemagne sur ce nouveau produit et ceux qui ont expérimenté l'yohimbine ont remarqué que, en badigeonnant la langue avec une solution au centième de chlorhydrate d'yohimbine, il se produisait immédiatement sur la langue une sensation d'engourdissement. D'autre part, lorsqu'on instille quelques gouttes d'une solution à 1 o/o de chlorhydrate d'yohimbine sur la cornée, il se produit aussitôt une insensibilisation de la cornée exactement semblable à celle que produit la cocaïne. Il y avait donc là une analogie qu'il était intéressant d'étudier, avec cette différence que la cocaïne est vaso-constricteur, tandis que l'hyohimbine est vaso-dilatateur. Conduit par ces don-

nées, j'ai pensé qu'il serait intéressant d'employer le chlorydrate de yohimbine en injections intra-gingivales. Je me suis donc mis à l'œuvre avec M. Blatter, que l'École veut bien me prêter pour ces expériences et nous avons pu faire quelques premiers essais.

Nous avons eu une jeune fille à laquelle il s'agissait d'enlever une grosse molaire inférieure, assez difficile à extraire. Nous avons injecté dans la gencive un centigramme de chlorhydrate d'yohimbine dissous dans un centimètre cube d'eau stérilisée, selon le manuel opératoire habituel des injections de cocaïne. Au bout d'une minute, la malade présentait déjà un peu de chaleur locale ; une minute après, l'attouchement et la percussion de la gencive avec une pince permettaient de constater l'insensibilisation complète des faces interne et externe de la gencive. Nous avons encore attendu une minute pour faire l'extraction qui a été très laborieuse, puisqu'elle a duré 12 minutes. La malade a senti simplement le davier et la langue de carpe ; elle a très bien eu la notion de la sensibilité tactile, mais au point de vue de la douleur elle n'a absolument rien ressenti. 12 minutes après l'opération, cette malade a eu quelques sensations de vertige, mais elle nous a dit qu'ordinairement elle était sujette au vertige. Par conséquent, il ne faut pas attacher d'importance à ce fait avant qu'il soit confirmé par d'autres sujets.

La seconde malade était âgée de 24 ans. État général nerveux. Il s'agissait de l'extraction d'une incisive latérale supérieure gauche. Comme M. Blatter jugeait que l'opération ne paraissait pas difficile, il a injecté un demi-centigramme seulement de chlorhydrate d'yohimbine. Au bout de quelque temps, la malade a éprouvé une sensation de froid sur la gencive. Au bout d'une minute nous avons pu constater que la région injectée était complètement insensible au toucher et à la percussion. Nous avons attendu encore deux minutes pour faire l'extraction. La malade a très bien senti pénétrer le davier, mais elle n'a perçu aucune douleur. L'anesthésie était absolument parfaite.

Le troisième sujet est âgé de 22 ans ; il est très robuste. Il s'agissait d'enlever la deuxième prémolaire inférieure gauche. L'extraction ne paraissant pas très difficile, il n'a été injecté qu'un demi-centigramme de chlorhydrate d'yohimbine. Le patient a éprouvé la même sensation de froid; au bout d'une ou deux minutes on a pratiqué l'extraction. Le malade a accusé encore la sensation du davier qui pénétrait, mais il n'a rien ressenti au point de vue douleur.

Voilà donc trois observations que nous publions pour prendre date, ayant l'intention de continuer ces expériences.

La yohimbine est vaso-dilatatrice ; c'est peut-être là un ennui, parce que cela peut donner un peu de sang. Quoi qu'il en soit, dans la première opération, bien que nous ayons été un peu gênés par le sang, nous avons eu une anesthésie complète de 12 minutes ; dans les deux autres cas nous n'avons pas observé plus de sang qu'ordinairement.

Nous croyons être les premiers, M. Blatter et moi, à avoir fait des injections intra-gingivales de chlorhydrate d'yohimbine : nous sommes heureux de déclarer que c'est à l'École dentaire de Paris que revient tout le mérite de cette priorité.

M. Loup. — Nous félicitons vivement MM. Pinet et Blatter de leur intéressante communication et nous les remercions d'avoir permis que la Société d'Odontologie de Paris soit la première assemblée professionnelle où l'on ait indiqué l'emploi de l'yohimbine comme anesthésique local. Nous les remercions aussi de leur promesse d'une très prochaine démonstration.

La séance se termine à onze heures 1/2.

Le secrétaire général,
Dr Friteau.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

RAPPORT DE M. BLATTER,

Secrétaire général.

Messieurs,

Je vous dois tout d'abord des remerciements pour le grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant au secrétariat général de votre Association.

Vous connaissez tous les réunions de la Fédération dentaire internationale à Madrid, par les comptes rendus sommaires qui en ont été publiés, et les réunions du 4e Congrès international de médecine, par les articles qui ont paru dans *L'Odontologie.*

Au Congrès d'Angers, notre véritable Congrès dentaire national annuel, l'Association était représentée par un bon nombre de membres et nos travaux ont été intéressants.

Vous n'ignorez pas sans doute qu'une discussion a eu lieu à l'A. F. A. S. au sujet de la transformation de la sous-section d'Odontologie en section. Cette transformation a été admise en principe ; mais comme toute l'organisation de cette société subissait elle-même un remaniement, en présence des divergences de vues qui se sont manifestées sur la dénomination à donner à cette section, un rapporteur a été désigné. Ce rapporteur, M. Broca, a demandé qu'elle soit appelée *Section de Stomatologie.* Le Conseil de direction de l'Association, informé de ce projet de substitution de titre, a confié à M. Delair, ancien président de la sous-section d'Odontologie, la mission de soumettre au Conseil de l'A. F. A. S. un ordre du jour formel dont voici la teneur :

« Le Conseil de direction de l'Association générale des
» dentistes de France, comprenant 771 membres, mis au
» courant par son vice-président, M. Delair, des propo-
» sitions émises dans le Conseil de l'A. F. A. S., donne
» mission à M. Delair d'insister énergiquement auprès de

» ce dernier pour le maintien du titre de *Section d'Odon-* » *tologie.* »

La discussion de ce rapport devait avoir lieu le 24 février, au Conseil de l'A. F. A. S., mais, en l'absence du rapporteur, cette discussion a été reportée au mois d'avril.

Quand j'aurai cité la session de la Fédération dentaire nationale à Paris, en avril, et celle d'Angers, en août, où notre Association avait également envoyé des délégués, j'en aurai fini avec l'énumération des actes de notre vie professionnelle.

Je dois mentionner aussi la participation de l'Association à l'élection d'un membre du Conseil supérieur de la mutualité pour représenter les syndicats médicaux. L'Association nomma six délégués : MM. Godon, Lemerle, Choquet, Friteau, Roy et Martinier, qui contribuèrent à l'élection du Dr Cairal.

MM. Godon, Lemerle et Papot, de concert avec le président du Syndicat des médecins de la Seine, furent appelés à dépouiller le scrutin au Ministère de l'Intérieur.

Notre Association est toujours en progrès : le nombre de ses membres honoraires et titulaires est maintenant de 566, auxquels nous devons ajouter 205 pupilles, ce qui fait un total de 771.

Nos membres nouveaux sont, dans l'ordre d'admission :

13 janvier 1903. — MM. Bercut, Guillemin, Hachet et Rebel, de Paris ; M. Tomine, de Rennes et M. Boyadjieff, de Sophia.

10 février 1903. — MM. Schwabacher, de Paris ; Dupas, de Nantes.

26 février 1903. — M. Cuny, de Toul.

14 avril 1903. — M. Brusque, de Pelotas.

16 juin. — MM. Charlot et Goutif, de Paris ; Dr Moutier, de Besançon ; Schowber, de Buenos-Ayres.

28 juillet 1903. — MM. Bouchard et Manteau, de Paris; Maurion, du Havre ; Gastal, de Pelotas.

13 octobre 1903. — MM. Bigaignon, Dähler, Darcissac, Knodier, Marchand, Renhold et Rozenberg, de Paris ;

Duncombe, de Lisieux ; Eymard, de Poitiers ; Quennet, de Maubeuge ; Ricou, de Boulogne-sur-Seine ; Squillante, d'Alger.

10 novembre 1903. — MM. Cernéa, Dr Dreyfus et Mlle Weill, de Paris : MM. Devoucoux, d'Alençon ; Collière, de Saint-Dizier : Boisseuil, de Limoges ; Laurent Bassereau, d'Angers ; Mme Liass, de Saint-Pétersbourg ; MM. Alcibiade Leite, de Jaboticabal ; Dr Jaime Losada, de Madrid.

8 décembre 1903. — MM. Girod et Keall, de Paris ; Pézieux, de Quimper ; Morineau, de Courbevoie ; Thomas, de Niort ; Dr Margery, de Nice ; Cherechevsky, de Grodno ; M. Platschick, de Paris, nommé membre bienfaiteur.

22 décembre 1903. — MM. Bécavin, Ferrand et Logan, de Paris ; M. Boejat, de Melun.

Le bureau vous demande de bien vouloir prononcer leur admission.

Comme toujours, la mort a fait des vides dans nos rangs et nous avons eu le regret de perdre : MM. Falcoz, Faloy, de Paris ; Barello, de Compiègne ; Cordelier, d'Épinal ; Tzakiris, de Stenimako ; Weber de Vendôme ; Lefranc, de Saint-Dizier. Nous adressons à leurs familles l'expression de toute notre sympathie. Tout récemment M. Gross, de Constantine, une de nos jeunes et futures espérances, a été emporté au printemps de la vie. J'adresse à l'ami un dernier et bien douloureux adieu.

MM. Em. Garcin, de Paris et Le Monnier, de Bécon-les-Bruyères, nous ont envoyé leur démission, que le bureau vous propose d'accepter.

La Société d'Odontologie de Paris a pris, vous ne l'ignorez pas, dans sa séance du 3 novembre, l'initiative d'une souscription pour l'érection d'un buste à M. Lecaudey, qui fut pendant si longtemps à la tête de notre école et lui donna, sous toutes les formes, tant de marques de sa sollicitude et de sa générosité. Un Comité de patronage a été nommé ; il comprend les cinq membres du bureau de cette Société et sept membres élus par acclamation, qui sont

MM. Lewett, de Biarritz ; Martin, de Lyon ; Giret, Michaëls, Poinsot, Richard-Chauvin et Ronnet, de Paris.

Je suis sûr que l'Association tiendra à honneur de prendre part à cette souscription et voudra bien nommer des délégués à cet effet. Nous aurons ainsi payé un modeste tribut de reconnaissance à cet homme de bien, qui fut le bienfaiteur de cette École.

Le bureau que vous allez nommer ne sera pas embarrassé pour mettre à l'ordre du jour une série de questions professionnelles de la plus haute importance.

La constitution de la Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès dont nous avons adopté les statuts, il y a sept ans, mérite une étude complète.

La réforme du 3e examen de chirurgien-dentiste, que nous souhaitons voir s'opérer dans un sens technique, doit fixer notre attention.

L'admission des chirurgiens-dentistes sur un pied d'égalité avec les docteurs en médecine dans les concours de nomination aux postes de dentistes des hôpitaux, comporte de notre part quelque démarche.

La situation de nos étudiants et de nos diplômés appelés sous les drapeaux vaut la peine d'une intervention de notre Association, au moment où le Sénat discute et vote la loi de deux ans sur le service militaire.

La création de chirurgiens-dentistes militaires, à l'instar de ceux qui ont été organisés aux États-Unis d'Amérique, mérite de notre part un essai d'organisation.

En matière d'hygiène dentaire, n'y a-t-il pas un champ assez vaste pour notre initiative et notre sollicitude ? Il faut doter les écoles, les hôpitaux, les hospices, les asiles, les dispensaires, les cliniques, de spécialistes pour les maladies des dents.

Je ne parle que pour mémoire de la proposition dont nous avons été saisis, et dont s'est occupé déjà le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, de mettre à l'ordre du jour de notre assemblée générale la création par l'Université

d'un doctorat en chirurgie dentaire ou en odontologie. C'est là une importante question qui doit préoccuper un groupement comme le nôtre.

J'ai pris au hasard ces questions pour vous montrer que, si nous voulons travailler, le travail ne manque pas. Celui qui travaille pour assurer sa subsistance et celle de sa famille ne fait que satisfaire un besoin, répondre à une nécessité et n'a aucun mérite. Le mérite commence seulement quand on met un peu de ce travail au service des autres, de la collectivité.

Chacun de nous, dans la mesure de ses moyens, doit faire du bien à autrui, être utile à ses semblables. Il faut que l'Association générale des dentistes de France, basée sur des principes de solidarité, de mutualité et de philanthropie, entre dans une phase plus active encore pour le plus grand bien des membres de la profession et quelque peu aussi pour celui de l'humanité.

Malheureusement le nombre des travailleurs qui gravitent autour de nous est restreint. Les multiples fonctions s'accumulent trop sur les mêmes têtes; les membres de notre Conseil, accaparés par l'Ecole et ses réunions nombreuses, ne peuvent donner à notre Association qu'un temps très limité. Il serait à souhaiter que nous fissions entrer dans ce conseil de nouveaux membres qui pourraient consacrer exclusivement leur temps à la prospérité de notre groupement.

Je dois vous signaler la marche ascendante de notre journal, grâce au zèle infatigable de M. Martinier, qui a assumé la lourde et délicate tâche de rédacteur en chef. Notre distingué confrère, dont nous connaissons tous l'autorité, le dévouement et l'activité, a donné au journal *L'Odontologie* une impulsion nouvelle. Cette marche ascendante de notre organe professionnel est due également à la sage administration de M. Papot. Nous leur adressons à nos deux confrères nos sincères remerciements et nos bien vives félicitations.

Il convient de vous rappeler aussi que se tiendront à Saint-Louis, pendant l'année 1904, le 4e Congrès dentaire interna-

tional et la session de la Fédération dentaire internationale. Il est du devoir de l'Association d'y participer et de montrer aux Américains que l'art dentaire français, que nous avons importé chez eux il y a plus de cent ans, a suivi, lui aussi, le progrès des sciences et mérite de jouer un des premiers rôles dans ce grand tournoi.

Le Conseil de direction a été saisi d'un rapport émanant de M. Schwartz, président du Syndicat de l'Association générale des dentistes du Sud-Est. Ce rapport porte sur la question des listes annuelles officielles des dentistes diplômés ou patentés exerçant légalement en France, listes qui doivent être publiées chaque année au mois de janvier. Le but visé par l'auteur du rapport est le mécanicien-dentiste, qui fait une concurrence déloyale à des praticiens de qui la loi exige de longues études ou un droit légal de patente. L'établissement de ces listes officielles, si elles étaient régulièrement tenues, constituerait une entrave sérieuse à cette concurrence du mécanicien, qui ne pourrait y figurer. Ainsi le contrôle serait absolu. Mais, il faut bien le reconnaître, dans la plupart des départements les préfets n'exécutent pas la loi.

Le Conseil demande que l'Association générale des dentistes de France émette le vœu que l'article 32 de la loi de 1892 relatif à la publication des listes officielles soit appliqué. Les dentistes de province obtiendraient peut-être satisfaction, s'ils faisaient des démarches auprès des préfets afin que ceux-ci appliquent intégralement la loi, qui, malgré les circulaires du Ministère de l'Intérieur, reste lettre morte dans nombre de départements.

Comme vous avez pu le constater par l'ordre du jour de notre assemblée générale, votre bureau a chargé M. Richer de vous présenter un rapport sur une proposition formulée par M. Delair, tendant à permettre aux dentistes de province de voter par correspondance pour les élections du Conseil de direction. La discussion et vos suffrages pourront trancher cette question très importante.

Enfin, le Conseil vous demandera, après lecture d'un rap-

port spécial, de procéder à la radiation d'un de nos membres contre lequel une plainte, paraissant justifiée, nous est parvenue. Une autre plainte a été également déposée par un membre de l'Association. Chacune de ces plaintes doit être examinée par l'Assemblée générale de ce soir.

*
* *

Je ne saurais terminer ce rapport sans vous annoncer que plusieurs membres de notre Association ont été l'objet de distinctions honorifiques de la part des pouvoirs publics.

La croix de la Légion d'honneur a été conférée à notre distingué confrère, M. Bonnard. Cette haute distinction fait honneur à notre Groupement ; nous adressons à M. Bonnard nos plus vives félicitations.

Ont été nommés officiers de l'Instruction publique : MM. Delaunay, Martinier, Bezançon.

Officiers d'Académie :

MM. Arnold, Beaussillion, Boutelié, Ledoux, Fontenelle, Borkowski, Lefèvre, Touvet-Fanton, Devoucoux, Stévenin, Amen, Fresnel, Conte, Debray, de Flaugergues, Delorme, Gangloff, Héraud, Rigolet, Charpentier.

Ont reçu pour services rendus à la mutualité :

Le docteur Pinet, une médaille d'argent. MM. Bruel, Guillot, Paulme, Ronnet, Stévenin, une médaille de bronze.

Nous adressons à tous nos félicitations. Je ne saurais terminer sans adresser des remerciements à M. Rollin, qui a assumé pendant si longtemps avec tant de tact les délicates fonctions de trésorier de notre Association. Nous lui devons un tribut de reconnaissance.

Et maintenant, messieurs et chers confrères, permettez-moi, au commencement d'une année nouvelle, de former des souhaits pour la prospérité de l'Association, de faire appel à son activité habituelle et d'espérer que 1904 ne sera pas stérile et que notre société aura souci d'aborder quelques-unes de ces questions dont la solution fait autant d'honneur à ceux qui l'ont provoquée qu'il en rejaillit de profit moral ou matériel sur ceux qui la désirent et qui l'attendent.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an, }
Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, Paris, **TÉLÉPHONE 214.53.**

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre. **149 élèves reçus** (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens des deux sessions 1903 : 40 élèves reçus sur 50 élèves. **Les 4/5 du cours de 1901, 1902 et 1903 reçus.** Envoi des noms et adresses des diplômés.

Préparation spéciale par le Docteur **Achille LOMBARD** O. ■ C. ✻. ancien Secrétaire du Jury de la Sorbonne, 3, boulevard Sébastopol, Paris.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

DENTS XXe SIÈCLE

Dr Carlier, seul concessionnaire pour la France, 61, rue de Flandre, Paris.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, Bruxelles.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, Paris. **TÉLÉPHONE 214.53.**

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, **TÉLÉPHONE 218.69.**

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, *près la Bourse,* Paris. **TÉLÉPHONE 288.79.**

Mamelzer et fils, 40, rue Croix-des-Petits-Champs, Paris. **TÉLÉPHONE 306.77.**

H. Ningler et Lemesle, 12, rue des Immeubles industriels : G. Ploncard, Rep^t.

Reymond frères
22, rue Le Peletier, Paris. **TÉLÉPHONE 312.91.**
44, place de la République, Lyon.
69, rue de la Croix de fer, Bruxelles.
3, rue Petitot, Genève.

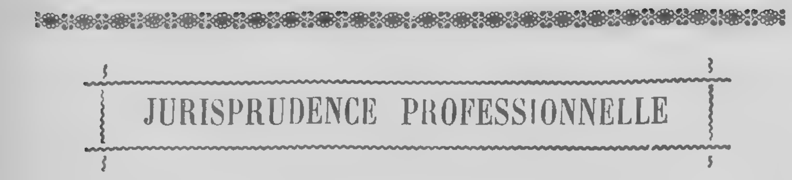
Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, Paris. **TÉLÉPHONE 269.45.**

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPHONE 223.04.**

Société Française de Fournitures Dentaires.
58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris
TÉLÉPHONE 214.47.
Adr. télég. : Sociédents.
Grande exposition, au dépôt de Paris, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Vve J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, Paris. **TÉLÉPHONE 923.48.**

(Voir la suite page 308.)



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE (onzième chambre).

Audience des 17 et 24 mars 1904.

Présidence de M. SALVADOR.

K... CONTRE KAELBLE.

M. K..., de Vienne (Autriche), ne pouvant exercer l'art dentaire en sa qualité de mécanicien-dentiste, entra en relation avec M. Kaelblé, commissionnaire en marchandises à Paris, qui lui persuada, dans le courant de l'année 1903, qu'il pourrait librement exercer la profession de dentiste dans son pays s'il possédait le diplôme de l'Ecole dentaire française, à Paris. Dans ce but, il se fit faire par M. K..., différents envois de fonds pour un total de 4.000 francs.

Mis en rapport avec l'Ecole dentaire française, dans la caisse de laquelle il n'a été versé que 1.260 francs (M. Rousseau, directeur de cette Ecole, a offert, au tribunal, de le prouver par la présentation des souches des quittances), M. K... reçut, peu après son inscription dans ladite Ecole, des questions écrites à traiter en vue de l'obtention du diplôme. Ces questions furent retournées ensuite à l'Ecole dentaire française et examinées par un jury qui déclara M. K..., admissible aux épreuves orales. M. K... vint à Paris, en août dernier, pour subir lesdites épreuves et repartit après avoir obtenu le diplôme désiré.

Mais à Vienne, quand il voulut faire état de ce titre, il eut le désagrément d'apprendre que le diplôme de l'Ecole dentaire française ne lui donnait aucunement le droit d'exercice et, à la suite de cette constatation, M. K... a fait poursuivre M. Kaelblé pour obtenir le remboursement des sommes qu'il lui a versées.

M. Kaelblé a fait défaut à l'audience du 17 mars.

Me Lackenbacher a plaidé pour M. K... et le tribunal a renvoyé son jugement à huitaine.

Ce jugement a été prononcé à l'audience du 24 mars ; il est ainsi conçu :

Attendu qu'il est constant en fait que dans le courant de 1902 K... a

versé à Kaelblé une première somme de 1.410 fr. 90 destinée à payer les droits d'inscription à l'Ecole dentaire, qui devaient être par lui remboursés intégralement s'il ne devait pas obtenir le droit de porter le titre et l'autorisation d'exercer en Autriche;

Que, postérieurement, et à la date du 28 juillet 1902, K... ayant été admis à l'examen oral, fut sollicité par Kaelblé de faire un nouveau versement de 2.786 fr. 70, lui offrant les mêmes garanties que lors du premier versement;

Attendu qu'il résulte des pièces versées aux débats que Kaelblé a employé à l'égard de K... des manœuvres frauduleuses pour se faire remettre par lui ces diverses sommes; que ces manœuvres ont eu pour but de créer dans l'esprit de K... une confusion entre le diplôme de l'Ecole dentaire de Paris qui, dans divers Etats, assure à celui qui en est porteur certains droits d'équivalence pour les examens ou la pratique légale, et le diplôme de l'Ecole dentaire française, lui faisant croire que le diplôme par lui obtenu lui procurerait des avantages réels pour l'exercice de sa profession;

Que, dans une lettre en date du dix-sept juillet mil neuf cent deux, il lui annonce qu'il a eu un long entretien avec le directeur de l'Ecole dentaire de Paris, qui a été très satisfait de ses travaux écrits et qu'il pourra après l'examen oral s'inscrire à la Faculté de médecine pour passer l'examen qui n'est possible qu'avec le diplôme de l'Ecole dentaire de Paris; qu'il l'a mis en rapport non pas avec l'Ecole dentaire de Paris, mais avec l'Ecole dentaire française et lui a fait délivrer par ladite école un diplôme signé par Rousseau, chirurgien-dentiste, diplôme qui, de l'aveu fait à l'audience par Rousseau, le directeur de l'Ecole dentaire française, est purement honorifique, n'a aucune valeur par lui-même et n'attribue pas à celui qui en est porteur le droit d'exercer, même en France;

Sur l'abus de confiance;

Attendu que les sommes versées par K... à Kaelblé ne l'ont pas été par lui avec une affectation spéciale; que celle de 673 florins seule, primitivement réclamée par Kaelblé à titre de dépôt pour frais d'inscription, a été par lui affectée à sa véritable destination;

Que dans ces conditions l'abus de confiance n'est pas suffisamment établi;

Par ces motifs,

Renvoie Kaelblé des fins de la poursuite du chef d'abus de confiance;

Le déclare coupable d'escroquerie et lui faisant appréciation de l'article 405 du Code pénal:

Condamne Kaelblé à quinze jours d'emprisonnement et deux cents francs d'amende;

Et statuant sur les conclusions de la partie civile;

Condamne Kaelblé par toutes voies de droit et même par corps à payer au sieur K... la somme de deux mille neuf cent quarante francs à titre de restitutions.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE NANCY

Présidence de M. Barrabino.

Exercice illégal de l'art dentaire.

La nommée Marie-Alexandrine Lagrange, mécanicienne à Nancy, et le sieur André Houssmann, âgé de 45 ans, mécanicien-dentiste, exerçaient illégalement ensemble l'art dentaire, à Nancy, dans un appartement qu'ils avaient loué dans une maison de la place de la Carrière, 17.

Marie-Alexandrine recevait les clients attirés par les prospectus distribués en ville et les introduisaient dans le cabinet de Houssmann, qui ne possédait qu'un diplôme étranger ne lui permettant pas d'exercer en France.

A la demoiselle Stroely, il a brisé une dent, et à la dame Yung, il a arraché une dent et en a cassé une autre.

Les deux associés ont déjà été condamnés pour le même délit à Dunkerque et à Bordeaux. Ils sont actuellement en fuite.

Le tribunal leur applique les dispositions de la loi du 30 novembre 1902 et les condamne à dix jours de prison et 300 fr. d'amende chacun, par défaut.

(*Impartial de l'Est.*)

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

TRAITÉ PRATIQUE DE PROTHÈSE DENTAIRE.

(DE PHILIPPE DETZNER).

Le Dr Thésée, de Brest, et M. Ch. Schütz, chef de clinique de stomatologie à la faculté libre de Lille, ont eu la louable intention de traduire de l'allemand le *Traité pratique de la prothèse dentaire.* de Philippe Detzner, qui est l'un des ouvrages les plus complets et les plus récents sur la matière.

Ce volume ne contient pas moins, en effet, de 449 pages, dans la traduction du moins, et ne comprend pas moins de 14 chapitres et d'un appendice, consacrés à la préparation de la bouche pour la pose des dents artificielles, à la prise de l'empreinte, à la confection du modèle et de l'articulation, à la fabrication des dents artificielles, aux dents à pivot, aux couronnes en or, à la soudure, aux appareils en or, à la confection des appareils en caoutchouc, aux appareils en celluloïd, à la confection des pièces en gencive-continue, aux appareils en aluminium, aux pièces chéoplastiques et aux obturateurs palatins.

On trouve dans ce livre des théories bizarres du genre de celle-ci : « Certains patients refusent aussi les extractions des racines malades dans la crainte d'être obligés d'attendre plus ou moins longtemps la cicatrisation complète des *bords alvéolaires.* Cette crainte n'est plus fondée aujourd'hui, car, grâce au progrès de l'art prothétique dentaire, on est à même de confectionner immédiatement après l'extraction, ou quelques jours après, un appareil en caoutchouc, *matière bon marché*, qui sera porté jusqu'à la cicatrisation complète des mâchoires. »

L'indication de la substance destinée à la confection de l'appareil, basée sur le *bon marché* de la matière, nous paraît quelque peu osée et en tout cas difficile à réaliser pour certaines bouches où l'engrènement des dents constitue une contre-indication absolue.

D'autre part, l'auteur nous paraît être un adversaire résolu de la difficulté, quels que soient les avantages que l'on puisse trouver à la surmonter, car, à propos du choix de la substance à empreinte, il s'exprime ainsi : « Le plâtre, qui est le meilleur des matériaux pour

prendre une empreinte, donne un résultat parfait *dans* une mâchoire édentée. Lorsqu'il reste des dents, nous employons le Globe-composition d'Ash et le Stents, car le plâtre se brisant alors le plus souvent, il est difficile de reconstituer l'empreinte avec exactitude. »

En ce qui concerne la prise d'empreinte au plâtre nous sera-t-il permis d'émettre un doute sur l'expérience de l'auteur en cette opération? Nous lisons en effet, au chapitre *Empreintes au plâtre,* l'opinion suivante : « Le porte-empreinte bien placé ne doit plus être bougé, *on évitera donc de presser l'excès de plâtre sur les bords, une telle manœuvre pouvant nuire au résultat final.* D'ailleurs, les lèvres et les joues agissent suffisamment. »

A signaler également certaines formes de crochets pour incisives supérieures et inférieures et canines, qui constituent une faute grave dans un livre qui a la prétention de faire connaître les progrès de la prothèse moderne.

Il est bon de faire remarquer toutefois que cet ouvrage n'est pas une traduction rigoureuse du texte allemand, puisque le Dr Thésée « s'est efforcé, tout en respectant le texte original, de le compléter toutes les fois que cela lui a paru utile, soit par des notes, soit par quelques mots heureux ajoutés dans le texte ». Nous ne savons si le livre de M. Detzner y a gagné ou y a perdu ; mais nous ne sommes partisan, pour notre part, ni d'une adjonction à un texte étranger quand on le traduit pour les lecteurs français, ni — moins encore — d'un arrangement de ce texte, d'une *Bearbeitung* comme disent les Allemands, habitude qui leur est très familière.

Le traité de Detzner est incontestablement un livre très détaillé et très clair, puisqu'il compte 379 figures. Nous aurions aimé toutefois à voir la prothèse restauratrice vélo-palatine et bucco-faciale y occuper une plus grande place.

Nous exprimerons aussi le regret que les traducteurs français ne se soient pas préoccupés davantage de la forme et aient laissé ou donné au style une tournure par trop germanique. Les idiotismes particuliers à la langue allemande sont extrêmement nombreux dans ce livre et, en lisant certaines pages, on éprouve l'impression qu'on lit du français écrit par un Allemand.

Enfin, il convient aussi d'appeler l'attention de l'auteur sur un certain nombre de fautes d'impression dans les mots et noms étrangers.

Cette critique, que les traducteurs nous pardonneront et qu'il leur sera facile d'éviter en revoyant les épreuves de la prochaine édition, n'enlève rien à la valeur de ce livre, que nos confrères désireux de se familiariser avec l'art si compliqué de la prothèse liront avec fruit.

L'ouvrage a été édité par la maison Percy Ash de Paris.

P. M.

Essay on the irregularities of the teeth.

La *Dental Manufacturing Company*, de Londres, vient d'éditer un *essai sur les irrégularités des dents, basé principalement sur la théorie des causes et les principes de leur prévention et de leur traitement*, dont l'auteur est M. J. Sim Wallace, chirurgien-dentiste adjoint du National Dental Hospital.

Dans cet ouvrage, divisé en 17 chapitres et qui comprend en outre une introduction et deux appendices, M. Wallace fournit d'abord des indications générales sur les causes des irrégularités, puis passe en revue l'hérédité, les irrégularités des incisives, l'articulation ouverte, le palais étroit et le tassement général. Il aborde ensuite l'étude des canines en dehors de l'arcade, de la protusion supérieure, de l'arcade en V, et des irrégularités individuelles. Après une classification assez complète, il s'occupe des moyens de prévenir les irrégularités et de les traiter, et dans les appendices il traite de la diminution des dimensions du maxillaire et se livre à quelques remarques anthropologiques.

Ainsi que l'auteur le fait remarquer, cet ouvrage est plutôt une collection d'articles publiés dans deux journaux anglais en 1900, 1901 et 1903 (*Journal of the British Dental association* et *Dental Record* ; cependant, il n'en forme pas moins un ensemble présentant une certaine unité, assez complet et reposant sur une idée maîtresse.

Peut-être pourrait-on reprocher à M. Wallace le petit nombre des illustrations qui accompagnent son texte, car les illustrations sont d'ordinaire d'un grand secours au lecteur. Il faut le louer cependant d'avoir enrichi la littérature dentaire de cet ouvrage de 162 pages, qui a été édité avec soin.

P. M.

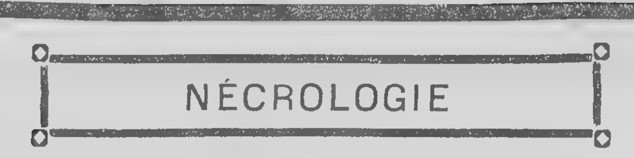
LIVRES REÇUS.

Nous avons reçu une intéressante brochure de 62 pages de notre distingué confrère M. Florestan Aguilar ; la première partie est consacrée aux écoles dentaires des Etats-Unis, la seconde à l'enseignement pratique du dentiste. Cette brochure est intitulée : *Las escuelas de odontologia en los Estados unidos.*

*
* *

Nous avons reçu de M. le Dr Scheuer, de Teplitz, un tirage à part d'un article sur l'éponge d'étain et le ciment-étain.


LABORATOIRE
SPÉCIAL DE PROTHÈSE
B. PLATSCHICK
SERVICE TRÈS RAPIDE pour la PROVINCE
3
RUE
VENTADOUR
PARIS
222-82. Téléphone, 222-82.



M. WIESNER

Au moment de mettre sous presse nous apprenons la mort de M. Wiesner, chevalier de la Légion d'honneur, officier d'Académie, décédé à l'âge de 82 ans.

M. Wiesner était membre fondateur de notre groupement.

Dès 1882, il faisait partie du Conseil d'administration, où son âge et son autorité faisaient de lui un conseiller justement écouté.

Il fut successivement vice-président de la Société de l'Ecole, vice-président de la Société d'Odontologie, où il sut montrer des qualités indiscutables d'impartialité et d'habileté dans la direction des débats.

Il fut l'un des premiers dentistes auxquels le gouvernement décerna la croix de la Légion d'honneur en récompense des nombreux services qu'il avait rendus à la profession.

Depuis de longues années déjà, M. Wiesner avait abandonné toute fonction active dans nos diverses Sociétés, mais il était toujours disposé à nous donner son concours.

C'est ainsi que sa générosité se répandit plus d'une fois sur notre Musée, qu'il enrichit notamment d'un tour à main de son invention.

Notre groupement perd en lui un membre dévoué.

Nous adressons à sa famille l'expression de nos sentiments de douloureuse sympathie.

Chacune des branches de notre groupement s'était fait représenter à ses obsèques; mais cette représentation n'avait pas l'importance qu'elle aurait dû avoir, parce qu'au moment où la mort de M. Wiesner est survenue, la plupart des membres de la Société étaient déjà en vacances.

Suivant la volonté du défunt, il n'avait été envoyé ni fleurs, ni couronnes.

M. PIETRO RIBOLLA

Nous apprenons la mort de M. Pietro Ribollo, président du Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes de Rome.

Il laisse un fils, le Dr Romolo Ribolla, auquel nous adressons l'expression de nos regrets à l'occasion de la perte qu'il vient d'éprouver.

AVIS

La Direction de l'**École Dentaire de Paris** et l'Administration de **L'Odontologie** prient les Journaux et Revues faisant l'échange avec *L'Odontologie*, de vouloir bien adresser un exemplaire de leur publication :

1° A *L'Odontologie*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris ;

2° A la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

Nota. — Prière instante de mentionner exactement l'adresse, **45, rue de La Tour-d'Auvergne**, car certaines publications nous parviennent très irrégulièrement, faute d'indication précise.

Les **adresses imprimées** de nos abonnés et les précautions prises pour leur assurer une distribution régulière nous permettent de garantir la remise à la poste de tout le service du Journal. Malgré cela, il nous arrive chaque quinzaine quelques réclamations de numéros non parvenus à destination.

L'Administration de *L'Odontologie* décline à ce sujet toute responsabilité ; elle se tient cependant à la disposition de ses correspondants pour leur envoyer un nouvel exemplaire, s'il est réclamé dans le délai d'un mois.



Dispensaire dentaire a Bruxelles.

On lit dans *La Chronique de Bruxelles :*

Bruxelles, qui compte tant d'œuvres philanthropiques et humanitaires, n'avait pas, à l'instar des grandes villes d'Europe, de dispensaire dentaire. Cette lacune est désormais comblée. Le dispensaire existe aujourd'hui ; il fonctionne même depuis un mois. Il est installé au cœur d'un quartier populeux, 58, rue du Marché-du-Parc, dans un immeuble occupé partiellement par la coopérative d'achat fondée par l'Association générale des Dentistes belges ; il est placé sous les auspices de cette Association.

La création de cet organisme nouveau, indispensable dans une grande ville, et à plus forte raison dans une capitale, est due essentiellement à l'initiative privée ; il vit de ses ressources particulières et, qu'on excuse la métaphore, il vole de ses propres ailes. Son existence est assurée, grâce à l'intervention généreuse de quelques membres — ils sont dix exactement — de l'Association, qui ont, au surplus, meublé la maison et outillé richement la clinique.

Certes, comme toujours en Belgique, la chose ne s'est pas faite en un tour de main ; il a fallu se démener, lutter, batailler contre la routine des uns, la mesquinerie et l'étroitesse professionnelle des autres ; mais la cause était belle à soutenir et le succès n'en était point douteux.

Le service du dispensaire est assuré par les chirurgiens-dentistes très en vedette dans le monde odontologique bruxellois. Des noms, je ne puis en donner : l'œuvre est collective et les dévoûments sont anonymes.

La clinique est ouverte les mardis, jeudis et samedis, de sept heures et demie à huit heures et demie du matin, à tous les indigents ; ils y reçoivent les soins que comporte leur état, selon — ceci n'est pas un banal cliché — les derniers perfectionnements et les dernières ressources de l'art.

Les praticiens se proposent, dans un but d'éducation, de remettre aux indigents à qui ils auront à prodiguer leurs soins les objets nécessaires à l'hygiène de la bouche.

« Dans le peuple, nous dit l'un de ces messieurs, rien n'a été

négligé autant que l'hygiène dentaire. Et pourtant, il est prouvé qu'une bouche mal entretenue peut constituer, à l'occasion, un excellent bouillon de culture pour les microbes.

— Quels sont, du peuple ou de la bourgeoisie, ceux qui disposent des plus saines dentures ?

— La comparaison, certes, est toute en faveur de la bourgeoisie, qui se nourrit bien. La débilité, la misère étant des causes générales de déchéance physiologique, exercent leurs ravages sur la bouche. Toutefois, l'hygiène est un grand facteur de conservation odontologique. C'est ce que nous nous efforçons de faire comprendre aux pauvres diables dont nous recevons la visite. D'autant plus que notre mission ne doit pas être, suivant la vieille formule, « d'extraire », mais de guérir, partant de conserver. »

La Belgique, on le sait, contrairement à tous les grands pays, ne possède pas d'école dentaire. Le dispensaire de la rue du Marché-du-Parc en est incontestablement le germe. L'établissement est donc appelé à rendre, non seulement au public, mais encore à l'odontologie, de très précieux services. En effet, les élèves dentistes pourront rencontrer là les maîtres de l'art, profiter de leur expérience et de leur habileté professionnelle ; d'autre part, il sera permis aux praticiens, à cause de l'importance de la clientèle du dispensaire, d'expérimenter les découvertes qui seront signalées dans ce domaine spécial. Dès cette heure, le dispensaire constitue donc le point de départ de la véritable école dentaire de demain.

L'immeuble destiné actuellement à la clinique du Marché-du-Parc est suffisamment spacieux et les divers services pourront, le cas échéant, y être développés au fur et à mesure du développement de la clientèle. Déjà il comprend, outre un vaste cabinet d'attente, une salle d'anesthésie. Et, prenant vue sur un jardin, où l'on voit, aux branches des arbres, crever les premiers bourgeons, voici la salle d'opérations, claire et gaie comme une matinée de printemps.

JEAN BAR.

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.

24e ANNÉE. N° 7 15 AVRIL 1904 VOL. XXXI



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

DERNIÈRE HEURE

INAUGURATION DES NOUVEAUX BATIMENTS DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

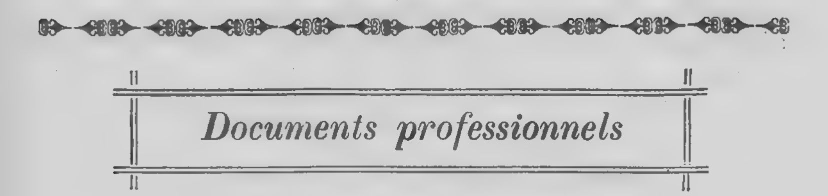
Le vendredi 15 avril, M. le professeur Debove, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et le directeur de l'Assistance publique, M. Mesureur, sont venus inaugurer les nouveaux bâtiments de l'École dentaire de Paris et en ont profité pour visiter tous les services du Dispensaire. Ils ont félicité les administrateurs et les chefs de service de l'organisation, de l'installation et du fonctionnement de ces services, ainsi que du développement qu'a pris l'institution.

En raison de l'importance de cette inauguration, des paroles qui y ont été échangées et de la sympathie témoignée par les visiteurs, nous rendrons compte en détail, dans le numéro du 15 mai, de cette visite et de l'impression qu'elle a produite aussi bien sur MM. Debove et Mesureur que sur MM. Fringnet, inspecteur d'Académie, le professeur Sebileau, le professeur

Miller, de Berlin, M. Brunton, de Leeds, le Dr Tellier, de Lyon, M. Cunningham, de Cambridge, etc.

Nous remercions MM. Debove et Mesureur de la nouvelle marque de sympathie qu'ils nous ont donnée et dont nous avons le droit d'être fiers.

LA RÉDACTION



LE DOCTORAT DENTAIRE

Par le Dr Ch. Godon [1],
Directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Le seul titre légal qui existe en France pour les dentistes est celui de *chirurgien-dentiste* créé par la loi du 30 novembre 1892 et le décret du 25 juillet 1893. On sait qu'il est délivré, après trois années d'études dans les écoles dentaires, par les Facultés de médecine à la suite de trois examens.

Ce titre, qui s'applique aussi bien à ceux qui se livrent à la pratique de l'art dentaire qu'à ceux qui poursuivent des études scientifiques odontologiques ou font de l'enseignement, ne semble plus répondre à toutes les nécessités de la profession ni à la situation résultant de l'évolution qui s'est accomplie dans cette science spéciale depuis les dix dernières années.

Diverses administrations publiques ont jugé insuffisant ce titre de chirurgien-dentiste pour les postes officiels de dentistes des hôpitaux, d'examinateurs près des Facultés, etc., et ont réclamé le titre de docteur en médecine, que certains dentistes ont cru devoir s'adjoindre.

Quelques jeunes confrères sont allés en Amérique, avant d'exercer, demander aux écoles dentaires des Universités des Etats-Unis le titre de docteur en chirurgie dentaire (D. D. S.) pour l'ajouter au titre français de chirurgien-dentiste.

---

1. Ce rapport a été présenté à l'Association générale des dentistes de France, le 19 mars, et à la session de la Fédération dentaire nationale, le 9 avril 1904, et a été adopté à l'unanimité par ces deux assemblées.

Les Ecoles dentaires de Paris et de Lyon, dans une pensée analogue, ont transformé leur diplôme de fin d'études en un grade supérieur à celui de chirurgien-dentiste de l'Etat, qu'elles ne délivrent qu'après une 4e année d'études et de nouveaux examens.

Ainsi s'est trouvée posée tout naturellement pour les dentistes la question d'un grade supérieur, le *doctorat dentaire*.

On en trouve la première manifestation en 1900 dans une proposition faite au 3e Congrès dentaire international de Paris par MM. Barrié, Loup, etc., et qui fut écartée par la Commission des vœux comme n'ayant pas, à cette époque, un caractère international.

En 1901, nous nous exprimions ainsi à ce sujet dans notre thèse de doctorat en médecine (pages 342 et 343) : « Un titre purement scientifique comme celui de docteur en chirurgie dentaire ou en odontologie pourrait être donné en France, avec la législation actuelle, par une décision universitaire analogue à celle qui a été prise récemment pour la pharmacie. »

En 1902, les délégués de l'Ecole dentaire de Paris ont déjà saisi les pouvoirs publics de cette question une première fois, dans leur entrevue avec M. le Recteur de l'Académie de Paris.

Cette première manifestation officielle de l'Ecole dentaire a été confirmée par nous dans le rapport remis au Recteur, au mois de janvier dernier, sur les modifications à apporter aux études dentaires. Ce rapport, qui avait été adopté par le Conseil de direction de l'Ecole, à sa séance de décembre 1903, contient, parmi diverses revendications, une demande relative au doctorat dentaire.

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes a étudié cette question dans ses séances de décembre et de janvier après un rapport très étendu de notre collègue M. Loup et a émis un vœu à ce sujet.

L'Ecole dentaire de Lyon nous a informés à la même époque qu'elle approuvait cette revendication.

L'Association générale des dentistes de France, dans son

assemblée générale du 19 mars 1904, et le Conseil général du groupement de l'Ecole dentaire de Paris, dans sa séance du 29 du même mois, adoptaient les conclusions que nous leur présentions à ce sujet, conclusions que nous reproduisons plus loin.

Enfin, la Fédération dentaire nationale l'a mise à l'étude et à l'ordre du jour pour les séances de la présente session d'avril à Paris.

Il faut nous féliciter de voir ainsi le doctorat dentaire à l'ordre du jour de nos principales sociétés, parce que c'est la conséquence de notre évolution et la conclusion de la réforme odontologique que nous poursuivons.

Nous venons de montrer que cette revendication est actuellement formulée par nos principales sociétés professionnelles. Ajoutons qu'elle est tout à fait justifiée, conforme à notre évolution et qu'elle arrive à son heure. En effet, au point de vue philosophique, cette revendication est le complément nécessaire de la campagne en faveur de l'autonomie de la science et de la profession odontologiques poursuivie par les odontologistes depuis vingt-cinq ans.

Elle établit notamment la différence et l'analogie qui existent entre les plus hauts grades médicaux de docteur en médecine, de docteur en pharmacie, et le plus haut grade en dentisterie, celui de docteur en odontologie ou en chirurgie dentaire, qui existe dans nombre d'universités étrangères.

Elle est conforme à notre évolution scientifique, puisque depuis vingt-cinq ans, nos écoles, nos sociétés odontologiques et nos journaux ont créé une élite de professeurs et de savants en odontologie qui serait digne d'avoir un grade scientifique supérieur à celui de chirurgien-dentiste. Ce dernier n'est qu'un titre de praticien, analogue à celui de pharmacien. Aussi le grade de docteur en odontologie, par exemple, serait-il indiqué par analogie au grade scientifique de docteur en pharmacie.

Si l'on compare les études que l'on fait en France à celles que l'on fait en Amérique, on constate qu'elles sont de même

durée et considérées comme équivalentes ; les chirurgiens-dentistes français, simples praticiens, pourraient, tout aussi bien que leurs confrères américains, revendiquer le titre de docteur en chirurgie dentaire à la place de celui de chirurgien-dentiste.

La différence de titre crée aux chirurgiens-dentistes français une infériorité apparente, au moins vis-à-vis des dentistes américains et des docteurs en médecine qui se sont faits dentistes, infériorité que l'on sait professionnellement injustifiée. D'autant plus que par le développement et la perfection de ses études scientifiques, médicales et techniques, par le relèvement graduel de ses études préliminaires jusqu'au baccalauréat, on peut dire que le chirurgien-dentiste français, diplômé de la Faculté, diplômé de l'Ecole dentaire, après plus de quatre années d'études, les examens compris, est aujourd'hui en possession morale du titre de docteur, c'est-à-dire de « maître » dans sa profession, comme le docteur en médecine est « maître » pour la profession médicale.

Il ne s'agit que de transformer cette possession morale en possession effective.

A ces derniers arguments, on peut faire deux objections : la première tirée des difficultés pratiques de réalisation ; nous l'examinerons plus loin ; la deuxième tirée de cette considération que le nouveau titre pourrait accentuer la séparation qui existe entre la profession de dentiste et la profession médicale proprement dite. C'est là l'objection principale ; il est nécessaire de l'examiner.

Mais d'abord, en quoi y a-t-il assimilation de la profession dentaire à la médecine et en quoi y a-t-il division ?

Il est évident que toutes les sciences partent d'un même tronc commun, filles de la science humaine, et, comme les branches d'un arbre elles se divisent et se ramifient en branches spéciales à mesure qu'elles progressent. L'odontologie est une de ces branches ; elle appartient à la grosse division des sciences biologiques, des sciences médicales, comme la pharmacie.

Ceci est le point de vue philosophique, théorique ; mais dans les applications, il y aura, dans certains cas, assimilation ou division, suivant les nécessités sociales.

Ainsi, au point de vue de l'exercice, il existe un titre spécial, celui de chirurgien-dentiste avec une profession organisée spécialement ; au point de vue juridique, un délit spécial, celui d'exercice illégal de l'art dentaire ; au point de vue de l'enseignement, des écoles spéciales dites d'art dentaire, etc., etc.

L'art dentaire n'en appartient pas moins, au point de vue général, à la grande famille médicale, comme les pharmaciens déjà cités. Une transformation du titre de chirurgien-dentiste en celui de docteur en chirurgie dentaire ou la création d'un grade supérieur en odontologie ne changeront pas plus cette situation pour les dentistes que ne l'ont fait pour les pharmaciens la création du titre de docteur en pharmacie, ou même pour certains médecins, les titres en médecine coloniale, médecine légale, etc., que l'on doit créer.

Enfin, il y a là une aspiration très noble et qui mérite d'être encouragée que celle qui pousse les membres d'une profession à s'élever ainsi davantage dans la hiérarchie scientifique, comme le disait très bien M. Touvet-Fanton. C'est l'émulation d'une élite qui ne peut qu'être profitable aux progrès de l'odontologie en particulier, à ceux de la science en général et par suite à la collectivité tout entière.

Cette élite comprend que noblesse oblige, qu'un titre scientifique plus élevé, s'il donne à ceux qui l'obtiennent plus de considération, réclame des obligations et des garanties nouvelles de savoir, comme l'a très bien fait ressortir M. d'Argent.

En inscrivant aujourd'hui cette revendication du doctorat dans leur programme, les membres de la profession montrent qu'ils comprennent leurs nouveaux devoirs et qu'ainsi ils sont mûrs pour obtenir un titre supérieur qui les place sur un pied d'égalité scientifique et sociale avec les autres professions libérales.

Mais d'abord, pourquoi un doctorat dentaire ? Qu'est-ce qu'un docteur ? Nous trouvons dans Larousse les deux définitions suivantes :

1° Celui qui enseigne publiquement et par autorisation expresse ;

2° Celui qui a obtenu le plus haut des grades d'une Université.

On raconte que la première réception de docteur eut lieu à l'Université de Bologne en 1140, et, peu de temps après, l'Université de Paris adopta ce nouvel usage, cette dénomination remplaçant celle de « maître », que l'on conservait dans la plupart des professions et que l'on retrouve encore dans certaines Universités anglaises, si bien que l'Université de Birmingham créait récemment un titre de *Master in dentistry*.

Nous ne vous parlerons pas de toutes les phases par lesquelles a passé le doctorat, depuis sa création jusqu'au moment de la Révolution, ni des particularités diverses qui s'attachaient à ce titre, comme par exemple l'obligation du célibat, auquel étaient astreints les docteurs comme les prêtres et dont furent dispensés les docteurs en médecine au milieu du XV[e] siècle, d'après ce que racontait récemment le professeur Poirier. Qu'il nous suffise de rappeler que le doctorat conférait le droit d'enseigner.

Le décret du 17 mars 1898, en établissant la nouvelle Université, avait institué cinq facultés : lettres, sciences, droit, médecine et théologie, chacune avec un doctorat ayant des droits et des règlements particuliers, mais ces doctorats n'en étaient pas moins des doctorats d'Etat.

Le décret du 27 juillet 1897 a autorisé les quinze Universités à instituer des titres d'ordre exclusivement scientifique, dit doctorats d'Université, qui ne confèrent aucun des droits d'exercice attachés au grade par les lois et règlements.

De cette petite étude historique, il résulte qu'il existe, avec la législation actuelle, deux doctorats sur lesquels nous pourrions faire porter nos revendications :

1° Le doctorat scientifique ou doctorat d'Université appli-

qué à l'art dentaire ; il pourrait constituer un doctorat en odontologie pour ceux qui dans notre profession s'adonnent à la science ou à l'enseignement ;

2° Le doctorat diplôme d'Etat qui pour la médecine, par exemple, tout en étant le plus haut grade, donne le droit d'exercice légal. C'est en même temps un titre scientifique et un titre de praticien.

Pour notre profession, le doctorat diplôme d'Etat pourrait devenir le doctorat en chirurgie dentaire réservé au praticien, à la place du titre de chirurgien-dentiste créé par la loi du 30 novembre 1892.

Il reste en troisième lieu le doctorat en médecine que certains voudraient rendre obligatoire pour les dentistes. Je le cite parce qu'on en a parlé ; mais il est bien évident, comme l'à déjà dit M. Martinier au Syndicat des chirurgiens-dentistes et à l'Association générale des dentistes de France, qu'il n'est pas en question. Il est en contradiction avec nos principales revendications, puisqu'il ne comprend pas l'étude de la dentisterie dès le début des études professionnelles. C'est un grade en médecine et non un grade en chirurgie dentaire : ce sont, au point de vue de l'exercice légal, deux choses distinctes qui peuvent s'ajouter, mais non se remplacer. Le doctorat en médecine ne constitue ni une preuve ni même une présomption de savoir en dentisterie, par conséquent il ne peut être considéré comme un brevet d'études supérieures en odontologie.

Du reste, aucun des représentants des pouvoirs publics n'a proposé de l'accorder aux dentistes, si ce n'est par suppression pure et simple de ces derniers. Cela n'aurait fait qu'augmenter la pléthore médicale au détriment des médecins.

Quant au doctorat en médecine limité à l'exercice de la dentisterie, proposé par MM. Loup et Touvet-Fanton, ce serait une chose trop nouvelle dans notre législation pour qu'elle eût des chances d'être adoptée. Il y a du reste une antinomie, car s'il est limité à la dentisterie, il devient un doctorat spécial ou doctorat en dentisterie ; donc il n'est plus

le doctorat en médecine. Enfin, il prolongerait l'équivoque et la confusion créées par les docteurs en médecine qui, n'ayant pas réussi dans la profession médicale, se font dentistes, après quelques mois ou même quelques jours d'études dentaires.

Dans ce cas, le titre de docteur en médecine, en l'absence de tout grade dentaire, ne saurait être assimilé à un titre supérieur en odontologie que par un sophisme contre lequel les dentistes ont toujours protesté.

Dans quelles conditions est-il possible d'obtenir l'un de ces deux doctorats ou les deux?

1° Le grade de docteur en chirurgie dentaire d'État. Pour la création de ce grade donnant droit d'exercer et venant remplacer le diplôme de chirurgien-dentiste, il faudrait nécessairement une modification de l'article 3 de la loi du 30 novembre 1892, qui ne peut être obtenue que législativement, c'est-à-dire par voie de pétition au gouvernement, par initiative gouvernementale ou parlementaire, la Chambre et le Sénat appelés à en délibérer.

Cela demande beaucoup de temps, beaucoup de démarches et paraît d'une réalisation assez éloignée. Pourtant, avec des circonstances favorables, et les chirurgiens-dentistes s'unissant et faisant masse de toute leur influence près des pouvoirs publics, il ne semble pas impossible de réussir.

2° Le doctorat scientifique. Il faudrait une délibération d'une des quinze universités françaises, l'Université de Paris, par exemple, ou d'une des quatre Universités où existe l'enseignement dentaire: Paris, Lyon, Bordeaux, Nancy.

Il suffirait pour cela de saisir l'une de ces Universités d'un vœu que nous vous proposons plus loin d'émettre et d'examiner avec le Recteur les conditions dans lesquelles ce vœu pourrait être réalisé par le Conseil de l'Université en question.

Cela nécessiterait probablement la création d'un enseignement odontologique supérieur, d'une chaire, par exemple, à la dite Université, et exigerait un décret du Ministre de l'Instruction publique, peut-être une subvention à l'Université par les sociétés et les Ecoles dentaires.

Cela paraît d'une réalisation possible, étant donné qu'il

existe des précédents récents : le doctorat en pharmacie par exemple.

Mais l'Association générale des dentistes de France, dans son assemblée générale du 19 mars 1904, a été d'avis, sur la proposition de M. Bonnard, de limiter d'abord les efforts à celle de ces revendications qui paraissait la plus accessible, le doctorat d'Université, en remettant à une date ultérieure toute revendication nécessitant une modification de la loi du 30 novembre 1892.

En conséquence, nous vous proposons de prendre les décisions suivantes :

La Fédération dentaire nationale française, réunie en assemblée générale à Paris le 9 avril 1904, considérant la nécessité de la création d'un doctorat dentaire, émet les vœux suivants :

1° Qu'il soit créé un doctorat scientifique d'Université pour l'art dentaire, dit doctorat en odontologie, analogue au doctorat ès pharmacie, accessible seulement à ceux qui possèdent déjà le diplôme de chirurgien-dentiste ;

2° Des dispositions transitoires devront être établies pour permettre aux chirurgiens-dentistes actuels d'obtenir le nouveau diplôme, dispositions analogues à celles qui ont été accordées aux officiers de santé pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine ;

3° La Fédération charge son bureau de faire toutes les démarches près des pouvoirs publics et des autorités universitaires, et d'assurer l'entente entre les diverses sociétés et écoles dentaires françaises pour permettre la réalisation de ces vœux. Elle décide leur inscription dans la déclaration de principes adoptée le 8 avril 1902, sous la forme suivante :

Les odontologistes émettent le vœu :

1° Qu'il soit créé un doctorat scientifique d'Université pour l'art dentaire dit doctorat en odontologie, analogue au doctorat ès pharmacie, accessible seulement à ceux qui possèdent le diplôme de chirurgien-dentiste ;

2° Des dispositions transitoires devront être établies

pour permettre aux chirurgiens-dentistes actuels d'obtenir le nouveau diplôme, dispositions analogues à celles qui ont été accordées aux officiers de santé pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine.

Nous tenons en terminant à ajouter en faveur de la réalisation de cette revendication une dernière considération qui doit être la conclusion de ce rapport.

Il nous semble que la création du nouveau doctorat d'Université sera le meilleur moyen de mettre fin à la division qui règne dans la profession dentaire entre les odontologistes et les stomatologistes.

En effet, elle permettra aux odontologistes de s'élever au doctorat par le perfectionnement réel de leur science spéciale, sans être obligés d'apprendre sans utilité tout ce qu'un médecin doit savoir pour exercer la médecine générale. Elle permettra aux stomatologistes d'obtenir, après le grade technique de chirurgien-dentiste, un grade scientifique au moins égal au doctorat en médecine, qui sera en même temps la justification de leurs connaissances spéciales en odontologie.

Enfin, pour les administrations publiques, pour les écoles dentaires, le nouveau grade en odontologie sera la garantie cherchée de l'éducation universitaire et spéciale complète du candidat dentiste aux différentes fonctions officielles d'examinateur, d'expert, de dentiste des hôpitaux, de professeur, etc.

Souhaitons donc, pour la réalisation de l'union dans la profession dentaire française et les progrès qui doivent en découler, la création prochaine du doctorat en odontologie de l'Université de Paris.

Travaux Originaux

ÉTUDE CRITIQUE DE L'EMPLOI DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE OU LOCALE POUR L'EXTRACTION DES DENTS

(Communication présentée à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 9 avril 1904.)

Par le Dr E. Sauvez,
Professeur à l'École dentaire de Paris,

Chapitre Ier. — Préambule.

Il paraîtra peut-être exagéré à quelques-uns de nos confrères de voir survenir encore une communication sur les avantages ou les inconvénients des divers modes d'anesthésie en chirurgie dentaire. Il semble, en effet, que la question devrait être jugée depuis longtemps et que tous les dentistes devraient être d'accord pour employer l'anesthésie locale dans la majorité des cas et l'anesthésie générale à titre absolument occasionnel, c'est-à-dire exceptionnellement. Nous n'avons pas la prétention d'avoir été le premier

à soutenir cette idée; nous avons insisté sur ce point dans notre thèse en 1893 et dans différentes communications que nous avons faites dans les Congrès nationaux et internationaux. Cependant nous voyons réapparaître depuis quelque temps dans les journaux professionnels, dans les communications aux diverses sociétés, dans l'orientation donnée aux programmes d'enseignement dans les écoles, nous voyons réapparaître, disons-nous, avec force, une tendance marquée à l'anesthésie générale en chirurgie dentaire. Certains médecins, et en particulier les frères Tellier, le Dr Friteau, le Dr Rolland, s'en font les défenseurs énergiques et, si leurs conseils étaient écoutés, les dentistes abandonneraient, dans la majorité des cas, l'anesthésie locale par la cocaïne, procédé qui, à entendre les partisans de l'anesthésie générale, est dangereux, ainsi qu'on l'a dit à l'Académie de médecine, est, de plus, inconstant et insuffisant, pour recourir le plus souvent aux anesthésiques généraux. Les uns prônent le chlorure d'éthyle, qui ne fait qu'effleurer les cellules cérébrales, ou le somnoforme, qui est absolument sans danger et qui est soi-disant si pratique, avec le nouveau masque. Les autres vantent ce bon chloroforme, qu'ils ont vu si souvent employer dans leur pratique médicale et qui est presque sans aucun danger, quand il est pur et quand il est bien donné, ou encore l'éther, qu'on peut, pour qui veut les entendre, administrer chez soi, tranquillement, sans risquer presque absolument rien.

Les dentistes qui, s'occupant de l'intérêt de leurs malades, soutiennent l'anesthésie locale, passent pour des gens timides, peureux, qui s'effraient à tort de dangers imaginaires; quand on sait bien pratiquer l'anesthésie générale, on ne risquerait rien, croirait-on, pas plus, peut-être moins qu'avec la cocaïne, et les avantages sont multiples. Les contre-indications elles-mêmes deviennent presque insignifiantes. Aussi bien, puisque cette tendance réapparaît, pensons-nous devoir soutenir la cause qui nous semble juste et, à l'envahissement des communications sur l'anesthésie générale, devons-nous répondre par un exposé rapide, sinon nouveau, de la ques-

tion, à l'effet d'amener une discussion sur ce point, comme nous l'avons déjà fait en 1898 à cette même Société d'Odontologie.

Il est fort probable d'ailleurs que les partisans de l'un ou de l'autre procédé ne changeront pas d'avis, car nous ne pensons pas que les raisonnements justes fassent changer les idées en quelques minutes, mais il nous paraît bon de venir dire: « Ne vous laissez pas abuser par cette absence de danger dont on vous parle. Quelques anesthésies exécutées devant vous sans accident ne doivent pas entraîner votre décision. L'anesthésie générale est dangereuse, quel que soit l'agent. Employez-la dans certains cas bien déterminés, que nous allons voir, quand vous ne pourrez employer l'anesthésie locale et alors choisissez attentivement l'anesthésique le moins dangereux. »

Tel est, messieurs, le but de cette communication. Nous nous efforcerons, dans cet exposé, de soutenir la cause que nous défendons depuis tant d'années — et que, dans quelques mois, nous irons défendre en Amérique, où l'on veut ignorer l'anesthésie locale — sans aucun esprit de parti pris, persuadé que l'exagération dans un plaidoyer fait tort à la cause défendue.

Chapitre II. — Exposé du plan.

Il nous paraît bon d'examiner en premier lieu les dangers et les inconvénients de l'anesthésie générale, avant, pendant et après l'opération, puis les inconvénients spéciaux aux anesthésiques de longue ou de courte durée. Nous verrons ensuite les avantages, puis nous étudierons de même les dangers et les inconvénients de l'anesthésie locale, pour terminer par ses avantages.

Enfin, nous tâcherons de conclure. Nous supposerons, jusqu'au moment où nous aborderons l'étude des dangers et inconvénients de l'anesthésie locale, qu'il s'agit d'opérer un cas bien précis, de faire une extraction normale, c'est-à-dire justiciable de l'anesthésie générale ou de l'anes-

thésie locale, extraction d'une dent dont le ligament n'est pas enflammé. Nous supposons admis par tous que l'anesthésie locale est sans danger aucun et donne une analgésie absolument certaine dans une extraction normale.

Pour ceux qui n'admettent pas ce point, nous les renvoyons à des communications précédentes et à des démonstrations cliniques exécutées ici par la plupart des professeurs ou démonstrateurs de cette école.

Chapitre III. — Dangers et inconvénients de l'anesthésie générale.

A) *Dangers et inconvénients communs à tous les anesthésiques généraux.*

1° Avant l'opération.

Il est tout d'abord une précaution à prendre avant l'anesthésie générale. Nous ne connaissons pas les malades qui viennent chez nous et nous pensons que tout le monde acceptera comme nécessaire de connaître l'état de leur cœur, de leurs poumons et de leurs reins avant de les anesthésier; cela est nécessaire, car, si l'on trouvait une lésion du cœur, on ne devrait pas pratiquer l'anesthésie, pour soi-même encore plus que pour le malade, car vous savez que Brouardel dit n'avoir jamais trouvé de lésion valvulaire, à l'autopsie d'individus tués par les anesthésiques, mais tout le monde crierait haro sur le malheureux anesthésiste qui aurait un accident avec un sujet qu'il ne savait pas cardiaque.

Il vous faut donc examiner le cœur et le poumon, faire une analyse d'urines ou faire pratiquer cet examen par le médecin de la famille si vous voulez faire votre devoir. « Vous vous rangerez à l'avis du médecin, son veto sera pour vous absolu. » De plus, vous devrez être assuré du consentement du malade, et, s'il est mineur, du consentement de ses parents.

Un malade qui doit être soumis à l'anesthésie générale doit être dans des conditions spéciales. La plupart des au-

teurs sont d'accord sur le point qu'il doit être à jeun. Nous verrons même que cela n'est pas suffisant pour le chloroforme ou l'éther. Il doit, de plus, n'avoir aucune constriction, soit au niveau de la ceinture, soit au niveau du cou, et pouvoir respirer librement. Plusieurs aides sont nécessaires, en dehors du médecin qui anesthésie et de l'opérateur, pour maintenir le patient s'il a une période d'excitation, et vous devez les avoir initiés à leur fonction. Vous devez écarter tout ce qui est fragile à une certaine distance et avoir pris vos précautions pour que les cris qui peuvent survenir pendant le sommeil anesthésique, quel qu'il soit, ne soient pas entendus au dehors par les autres malades, qu'ils effraieraient. Vous devez avoir à votre portée immédiate ce qui est ou peut être nécessaire pour l'opération ou les opérations, l'ouvre-bouche, les tampons montés sur des pinces, et également ce qui peut être nécessaire en cas d'accident, pince à langue, injection d'éther ou de caféine, machine électrique au besoin et canule à trachéotomie, car, s'il survient un accident, même par coïncidence, vous devez être armé pour lutter au plus vite.

Voilà, croyons-nous, sans exagération, quelles sont les précautions à prendre avant l'opération, quel que soit l'anesthésique employé, de longue ou de courte durée.

2° Pendant l'opération.

Maintenant, opérons. Quels sont les dangers? Quels sont les inconvénients?

Les dangers. — Le plus grave est la mort, naturellement, et cela, il faut bien le reconnaître, a quelque importance. Que dans les mains d'un professionnel, pour ainsi dire, qui a vu beaucoup d'anesthésies, qui en a fait beaucoup par lui-même, le malade risque moins que s'il est dans les mains du premier externe venu (comme cela se passe dans trop de services hospitaliers), cela est indiscutable.

Argument physiologique. — Mais nous défendons à quiconque d'oser dire que le malade en anesthésie générale ne risque pas d'y rester. Et d'ailleurs cela est logique et

forcé. Pour qui connaît et comprend le mécanisme de l'anesthésie générale, ou tout au moins ce qu'on peut en connaître, à l'heure actuelle, l'anesthésique, quel qu'il soit, impressionne d'abord le cerveau et le cervelet, en provoquant des troubles du côté de l'intelligence et de la coordination des mouvements, puis la moelle et la protubérance annulaire, en abolissant la faculté de perception de tout acte de sensibilité générale ou tactile et les propriétés excito-réflexes de la moelle; un pas de plus et c'est la mort, c'est-à-dire que c'est l'intoxication du bulbe qui, avec les nerfs organiques, commande les centres qui président aux mouvements respiratoires et cardiaques. Juste à un moment, c'est l'anesthésie générale; en deçà, c'est la douleur; au delà, c'est la mort.

Certes, il est des séries heureuses, il est des anesthésistes heureux, comme il est des hommes heureux en général, mais un jour ou l'autre, sur des milliers d'anesthésies, un malade ne se réveille pas. On en fait l'autopsie et souvent on ne trouve aucune raison. L'anesthésiste était rompu à la pratique, il était prudent, éclairé, attentif. Nous avons vu nous-même mourir à l'hôpital deux malades sans que rien pût faire prévoir cette issue. Nous avons deux amis dentistes qui faisaient beaucoup d'anesthésies générales et qui nous plaisantaient parfois sur la réserve que nous mettions à l'employer. L'un a perdu une jeune fille au bromure d'éthyle, l'autre, une femme au chloroforme. Depuis, ils en font moins. Et on ne peut savoir les nuits d'insomnie, les cauchemars, les inquiétudes, les angoisses que de tels événements amènent dans la vie d'un homme, et pendant plusieurs années. Nous regrettons d'insister sur ce point, mais nous pensons qu'on ne saurait trop le faire.

Argument statistique. — Voyons très rapidement quelques statistiques; nous serons très bref sur ce point, car on sait que les statistiques sont toujours fausses. Mais si elles ne comprennent pas tous les cas, elles comprennent au moins ceux qu'elles indiquent. Les deux cas de mes amis se sont passés très légalement, avec enquête

judiciaire et mise hors de cause de chacun d'eux, mais ces deux morts n'ont pas été connues des auteurs. Et vous avez tous eu connaissance de morts par anesthésie générale, à l'hôpital ou en ville, dont on a soigneusement évité de parler et qui ne figurent pas dans les statistiques. Le Dr Pinet, il y a deux ans, vous parlait d'un service d'hôpital dans lequel il y avait eu trois décès par le chloroforme en une semaine.

Une des statistiques les plus étendues est celle de Neyraud (Lyon 1895), qui a collationné tous les accidents connus, par rapport au nombre d'anesthésies exécutées par les opérateurs. Il donne 241 cas de mort dans 1.069.890 anesthésies par le chloroforme ou l'éther. La proportion est donc de 1 mort sur 4.439 anesthésies. Il ressort de cette statistique que le chloroforme serait 5 fois plus dangereux que l'éther.

Riedel (Berlin 1896) a eu 9 cas de mort sur 13.000 chloroformisations, soit 1 mort sur 1.444.

Au 26e Congrès de la Société allemande de chirurgie, tenu à Berlin, du 21 au 24 avril 1897, Gurtl dit: « Le total » des narcoses dans le courant des deux dernières années » est de 58.769, sur lesquelles on compte 32 décès, c'est-à- » dire un décès pour 1.836 narcoses. Notre statistique des » 7 dernières années s'élève donc à 327.599 anesthésies avec » 137 décès, ce qui donne la proportion de 1 mort sur » 2.444 anesthésies. »

D'après Andrews, la mortalité par le chloroforme serait de 1/2723; d'après Coles, 1/2873; d'après Richardson, 1/3196. Tout récemment, un médecin anglais, anesthésiste, a donné la statistique suivante (The Edinburgh Medical Journal, november 1903):

Chlorure d'éthyle...........	1/16.000.
Bromure d'éthyle...........	1/4.000.
Ether......................	1/12.000.
Chloroforme................	1/2.000.
Protoxyde d'azote. Impossible à calculer.	

C'est-à-dire que, si le protoxyde d'azote est, sans contre-

dit, l'anesthésique le plus inoffensif, le chlorure d'éthyle vient ensuite avant l'éther, puis, le bromure d'éthyle et, en dernier lieu, le chloroforme.

On nous objectera certainement que ces statistiques s'appliquent aux anesthésies exécutées pour toutes les opérations, laparotomies, etc., et que, dans ces cas, les malades ont succombé quelquefois peut-être à cause de l'importance de l'opération qui avait nécessité l'absorption d'une dose d'anesthésique considérable, opération qui ne saurait être mise en parallèle avec l'extraction d'une dent, mais nous répondrons qu'en tenant compte des cas qui n'ont pas fait assez de bruit pour être connus par les auteurs de statistiques, la proportion doit être à peu près exacte, même dans les anesthésies générales pour extractions dentaires. D'ailleurs, il serait faux de croire que l'importance de l'opération joue un rôle considérable dans la mortalité, car, dans la plupart des cas, au contraire, il s'agissait d'interventions très peu graves. Et, même si l'on pouvait, ce qui est impossible, montrer que la proportion est moindre, cela n'empêcherait pas le risque d'exister ; donc qu'il faut en tenir compte. Et nous nous demandons : « Est-il logique de courir ce risque de mort pour l'extraction d'une dent ? »

D'ailleurs, nous ne parlons pas des alertes nombreuses et sérieuses qui ne comptent pas, puisqu'on ne s'occupe dans les statistiques que du danger de mort.

« Que de fois, dit le professeur Reclus, dans la narcose » chloroformique, avons-nous eu de sérieuses alertes, et l'on » peut dire l'image de la mort ! Tout à coup, la respiration » ou la circulation s'arrête, la face devient pâle, livide ou » violette, la pupille est immobile et durant dix, quinze » secondes, une minute, quelquefois plus, malgré la tête » pendante, les flagellations de la figure et de la poitrine à » l'eau froide ou chaude, malgré l'électrisation, les pressions » sur les côtes, la respiration artificielle, la traction de la » langue, le jeu du cœur ou du poumon reste suspendu. Ne » va-t-on même pas jusqu'à la trachéotomie pour insuffler » plus directement l'air dans la poitrine? Enfin, la vie re-

» prend, la syncope se dissipe, et l'on se remet d'une alarme » si chaude. Inutile de dire que, pendant cette alerte, des » fautes sérieuses contre l'asepsie ont pu être commises. » N'importe, on en parle à peine ; pour qu'un accident » compte, il faut qu'il soit mortel. »

Nous supposons donc ce point établi et accepté par tous, de même qu'il est accepté par tous les chirurgiens que chaque malade en anesthésie générale peut mourir, que ce soit dans la proportion de 1/2.000 ou de 1/10.000 ou de 1/n1.000 et nous rappelons que, si Sédillot a dit : « Le chloroforme bien donné ne tue jamais », il a ajouté un peu plus loin : « Il suffit d'un rien pour tuer le malade. »

Nous venons de voir, par ce que nous savons de la physiologie de l'anesthésie, par ce que nous apprennent les statistiques, que les anesthésiques généraux peuvent tuer le malade. N'ont-ils pas d'autres dangers ? Il peut arriver que, pendant l'anesthésie, surtout si le malade est couché, et même parfois s'il est assis, une racine ou une dent glisse dans le pharynx, de là passe dans la glotte et détermine l'asphyxie.

Nous nous excusons d'avoir insisté sur ces dangers, mais, incontestablement, c'est là notre gros argument contre l'anesthésie générale et c'est cela qui doit faire réfléchir le dentiste, médecin ou non, à qui le client vient demander conseil. Le dentiste ne doit pas oublier ce danger, quel que soit l'art avec lequel on lui présente tel ou tel anesthésique général.

Voyons maintenant quels sont les inconvénients.

Arguments opératoires. — Certains arguments ont trait à l'opération, et nous pensons que tout le monde conviendra que le malade anesthésié, qui est inerte, se laisse aller sous l'effort que nous lui imprimons, a la bouche pleine de sang et de mucosités, est moins facile à opérer que celui qui réagit sous notre effort, se place comme nous le voulons, peut cracher et se rincer la bouche. Il serait puéril d'insister sur ce point et quoique, dans ce cas, l'habileté plus ou moins grande de l'opérateur, qui n'a pas à entrer en cause, joue un rôle

important, nous pensons que plus d'une racine ou d'une extrémité de racine de dent cassée à la première prise est restée dans son alvéole, par suite de la difficulté de l'opération sur le malade en anesthésie générale, racine ou extrémité de racine qui aurait pu être extraite avec la vulgaire anesthésie locale. Qu'on ne vienne donc pas nous dire que l'anesthésie générale permet de faire une opération sûrement complète.

Un inconvénient indiscutable également, selon nous, est la peur que la plupart des malades ont de se faire endormir tout à fait, appréhension contre laquelle il faut que nous réagissions, car elle est un facteur important dans la genèse des syncopes, et nous avons tous vu des hommes très énergiques et très froids ressentir une émotion vraiment pénible quand leur médecin leur disait qu'il était nécessaire pour l'opération, quelle qu'elle fût, dont il s'agissait, de pratiquer l'anesthésie générale. A plus forte raison cette appréhension pourra-t-elle être plus intense chez des nerveux.

Arguments de médecine légale. — Pour terminer le chapitre des dangers et des inconvénients des anesthésiques généraux, quels qu'ils soient, avant ou pendant l'opération, il est un point qu'il ne faut pas oublier, c'est la responsabilité médico-légale. Et cette question est intéressante. Dans les cas d'accident, — et nous pensons que personne ne se croit assez aimé des dieux pour prétendre qu'il n'en aura jamais — il y a deux juridictions avec lesquelles on est susceptible d'entrer en rapports : la police correctionnelle, pour homicide par imprudence et le tribunal civil, pour la responsabilité du dommage causé. Et non seulement le tribunal examinera si toutes les précautions préalables ont été prises, mais aussi si l'opération d'abord et ensuite l'anesthésie étaient légitimes, si les soins au moment de l'accident ont été bien donnés, etc. Or, le tribunal ne discute jamais la nécessité de l'anesthésie pour une grave opération, mais il peut la discuter parfois avec une certaine âpreté lorsqu'il s'agit de l'extraction d'une dent. A-t-il tort d'ailleurs de discuter ce point ? Et n'est-il pas placé

par la société pour défendre l'existence de ses membres?

Indépendamment de tous les arguments que nous alignons devant vous, il y a un raisonnement de bon sens que ne manquera pas de faire le tribunal et qui prime tout : si, dans le cas qui se présentait, l'opération, peu importante, pouvait être pratiquée sans douleur avec l'anesthésie locale comme avec l'anesthésie générale, et c'est ce que nous avons supposé, le médecin qui a conseillé l'anesthésie générale a fait courir inutilement un risque de mort au malade qui se confiait à lui, a manqué à son devoir d'homme, de médecin et a eu une conduite blâmable.

Certes, nous n'émettrons ici que des arguments scientifiques, mais, si la question était portée devant le tribunal, un avocat ne manquerait pas de dire que toute cette mise en scène était faite dans le but de simuler une opération extraordinaire, quand, au fond, c'était une simple extraction dentaire, comme certains chirurgiens qui font tendre des draps dans le salon pour opérer un ongle incarné ou une loupe. Et pourquoi ? Dans quel but? Qu'on ne vienne pas nous dire que c'est le patient qui le demande. L'opinion du malade n'a rien à voir dans la question, qui est trop grave, et cette opinion c'est nous qui la faisons, dans l'immense majorité des cas. Ceux qui n'ont pas la confiance de leurs patients ne la gagneront pas d'ailleurs en faisant ce qu'ils demandent, mais plutôt en refusant de leur obéir.

Ces diverses raisons montrent qu'il est utile, sinon absolument nécessaire, de prendre l'avis et l'assistance d'un confrère, et mieux, croyons-nous, du médecin de la famille, pour partager, s'il y a lieu, les risques à courir ; d'ailleurs, deux personnes ne sont pas de trop s'il survient un incident, pour ouvrir les fenêtres, flageller le malade, pratiquer la respiration artificielle. Le professeur Brouardel rappelle, de plus, une autre raison qu'il ne faut pas négliger : « Deux fois, dit-il, à ma connaissance, des femmes sont sorties du cabinet où elles étaient restées seules avec l'opérateur qui les avait endormies, pour entrer dans celui du commissaire de police et y déposer une plainte. » Il s'agissait dans un cas

d'un médecin, dans l'autre, d'un dentiste. Tous deux furent arrêtés, firent plusieurs jours de prison préventive et ne furent acquittés que grâce à l'intervention de Verneuil et de Brouardel.

3° Après l'opération.

Enfin, après l'opération, quand l'anesthésie est terminée, le malade a bien souvent, quel que soit l'agent employé, des céphalalgies violentes et plus ou moins prolongées, un état nauséeux plus ou moins persistant, une courbature, un malaise et quelquefois des insomnies pendant plusieurs jours consécutifs.

Il peut même arriver (chez des sujets prédisposés, nous dira-t-on, mais qui le sait?) que l'anesthésie détermine, consécutivement à son emploi, des accidents pulmonaires ou des accidents d'intoxication, sans qu'on en sache bien la cause, et qu'un malade, réveillé normalement, meure quelques heures après, comme cette malade dont le Dr Pinet nous racontait jadis l'histoire.

Nous avons jusqu'ici tâché de montrer les dangers et les inconvénients de tous les anesthésiques généraux, plus ou moins, avant, pendant et après l'anesthésie.

B) *Dangers et inconvénients spéciaux aux anesthésiques de longue durée.*

Voyons maintenant rapidement s'il n'y a pas, de plus, des dangers ou des inconvénients inhérents, soit aux anesthésiques de longue durée, soit à ceux de courte durée. Dans le cas d'emploi d'anesthésiques de longue durée, chloroforme ou éther, les complications sont très grandes. Une opération au chloroforme doit se faire au domicile du malade, à notre avis, ou dans une maison de santé, mais non dans le cabinet du dentiste. L'opéré doit pouvoir être couché dans un lit chauffé et laissé tranquille après l'opération. Il sera indiqué de le laisser étendu 24 heures, la tête basse, et une garde le veillera pour tourner la tête de côté, si un effort de vomissement se produit et répondre à ses

appels. Nous n'admettons pas la façon de voir des frères Tellier qui pratiquent leurs anesthésies générales à l'éther dans leur cabinet, toujours en se basant sur le fait qu'en employant l'éther, avec les précautions qu'ils indiquent, « on peut dire, autant qu'il est permis d'affirmer chose » humaine, qu'il semble impossible d'avoir un accident » mortel ». La phrase est jolie, elle indique bien leur conviction et c'est à peu près celle des partisans de tel ou tel anesthésique général.

Nous pensons très nettement, au contraire, que, tout au moins pour le chloroforme et l'éther, on doit opérer chez le malade, pour lui-même et pour l'opérateur. Et vous voyez alors à quelles complications vous êtes conduit, d'aller, en emmenant vos aides, opérer sur un lit trop haut ou trop bas, ou sur des tables de cuisine, avec le risque d'avoir oublié d'emporter un instrument, et en dehors de vos habitudes !

Tout malade qui doit être endormi par un anesthésique général de longue durée doit, de plus, être purgé la veille, avoir fait un très léger repas ensuite et ne plus manger, ne plus boire, à partir de ce repas jusqu'au moment de l'opération. Cette obligation, pour le chirurgien, d'aller à domicile où il sera mal installé, cette série d'ennuis pour le malade et son entourage, depuis la veille de l'opération jusqu'à son lendemain, ne sont encore rien auprès des difficultés opératoires en présence desquelles se trouve le chirurgien, d'opérer son malade, couché, si c'est du chloroforme, la bouche pleine de mucosités, si c'est de l'éther. On admettra bien, en effet, qu'il n'est guère facile d'aller au fond de la bouche pratiquer, dans une position pénible et sans pouvoir s'éclairer facilement, une opération déjà difficile lorsque le malade est assis dans un fauteuil et qu'on voit nettement le champ opératoire. Certes, la position de Röse, c'est-à-dire la tête renversée en arrière, facilite jusqu'à un certain point les extractions dentaires sous le chloroforme, mais encore une fois, que de complications et que d'ennuis à ajouter à ceux que nous avons cités plus haut!

C) *Dangers et inconvénients spéciaux aux anesthésiques de courte durée.*

Dans le cas où l'on emploie des anesthésiques de courte durée, protoxyde, somnoforme, chlorure d'éthyle ou bromure d'éthyle, un autre inconvénient est à considérer : la nécessité d'opérer vite. On sait que l'anesthésie dure un temps variable, mais souvent très court, qui oscille un peu suivant les anesthésiques, suivant la façon de les employer, mais qui, toujours, est très bref et va de 30 secondes à 2 ou 3 minutes sans que le chirurgien puisse savoir si ce sera 30 secondes ou trois minutes, et l'on s'efforce d'avoir terminé son opération rapidement. Certes, il est peut-être de très brillants opérateurs qui ne font jamais une échappée, une mauvaise prise, mais la plupart d'entre nous ne peuvent avoir cette prétention. Combien de gencives décollées et broyées, combien de bords alvéolaires brisés, combien aussi de racines cassées, à cause de cette précipitation, si excusable chez beaucoup d'opérateurs !

Nous reviendrons sur ce point parce que, pour nous, un des principaux inconvénients des anesthésiques généraux de courte durée est de ne pas permettre l'opération lente et rationnelle.

Un autre inconvénient également inhérent à cette classe d'anesthésiques est que le malade, bientôt réveillé, sent immédiatement la douleur dans la partie qu'on vient d'opérer (en admettant que l'opération soit terminée), comme dans les cas de périostite aiguë, par exemple, et cette douleur est souvent plus forte que celle de l'opération, tandis que dans l'anesthésie locale, au contraire, le champ opératoire reste analgésié plusieurs minutes.

Nous avons fini d'exposer les principaux dangers et inconvénients de tous les anesthésiques généraux et ceux qui sont spéciaux aux anesthésiques de longue ou de courte durée.

CHAPITRE IV. — AVANTAGES DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE.

Voyons maintenant les avantages.

1° L'analgésie est certaine ; elle n'est que presque certaine avec l'anesthésie locale, dans le cas que nous avons pris pour type ;

2° Le malade ne perçoit pas l'effort de l'opérateur sur sa mâchoire, ni le bruit du davier. Il ne se voit pas opérer ;

3° On peut faire plusieurs extractions dans la même séance ;

4° Certains auteurs affirment que la cicatrisation est plus rapide.

C'est tout ce que nous trouvons.

CHAPITRE V. — DISCUSSION DE CES AVANTAGES.

Voyons ce qu'il faut penser de ces avantages.

Le premier « *analgésie certaine* » ne peut être promis qu'avec les anesthésiques de longue durée, c'est-à-dire les plus dangereux, parce que, si la dent se casse, l'opérateur a le temps de rechercher les racines.

Si vous promettez l'analgésie absolue et que vous fassiez usage des anesthésiques rapides, c'est-à-dire les moins dangereux, et si par malheur la dent se casse (et cela arrive aux meilleurs opérateurs), le malade se réveille en hurlant et vous applique le fameux proverbe : « Menteur comme un arracheur de dents. » A-t-il tort ?

Avec l'anesthésie locale, au contraire, on continue, après la fracture de la dent et le malade ne sent rien.

Le deuxième avantage, « *le malade ne se voit pas opérer et ne perçoit pas l'effort de l'opérateur* », ne nous paraît pas assez grand pour être mis en parallèle avec les dangers et les inconvénients que nous avons signalés, et d'ailleurs, nous faisons la même objection que précédemment. Cet avantage n'existe plus si la dent se

brise et si le malade se réveille avant la fin de l'opération et il ne peut être promis qu'avec les anesthésiques de longue durée, c'est-à-dire les plus dangereux.

Le troisième avantage, « *plusieurs extractions dans la même séance* », ne nous séduit pas, nous l'avouons. Nous pouvons d'ailleurs avec la cocaïne faire également plusieurs extractions, sans danger, facilement quatre ou cinq, c'est-à-dire ce qu'on peut prétendre, au plus, exécuter avec un anesthésique général de courte durée, en laissant le malade couché pendant une heure ou deux après l'opération. Au delà de ce nombre, nous sommes forcés d'avoir recours à un anesthésique de longue durée, c'est-à-dire compliqué et dangereux comme emploi.

Mais, dans quel cas est-il si utile, si nécessaire, de faire tant d'extractions en même temps ?

1° Pour les gens qui sont très occupés, nous dit-on et qui n'ont pas le temps de venir plusieurs fois pour dix extractions ;

2° Pour mettre plus tôt un appareil de prothèse.

Les gens très occupés. Alors nous allons adopter une thérapeutique spéciale pour les gens très occupés, un traitement pour les gens qui voyagent ; nous apporterons une modification totale dans ce que nous pensons être bon comme technique parce que notre client ne peut venir qu'entre deux trains ? Nous avouons ne pas accepter cette manière de voir et nous ne pensons pas que cet argument ait un poids dans une discussion scientifique. Les gens très occupés gagnent leur vie et pourront bien trouver le temps de se faire soigner ; avec l'anesthésie locale, pour enlever dix dents, ils viendront trois ou quatre fois chez nous et perdront chaque fois une heure, voire même deux. Avec l'anesthésie générale de longue durée, puisqu'il s'agit de dix dents au moins, ils perdront au moins un jour et demi et quelquefois deux ou trois.

Si ce sont de malheureux petits employés très tenus, ils auront au moins une partie du dimanche ou une permission de temps en temps et là encore, quatre séances d'anesthésie

locale les dérangeront moins dans leur travail qu'une séance de chloroforme ou d'éther.

Pour ce qui est de l'application plus rapidement possible d'un appareil de prothèse, cela est indiscutablement vrai, mais cet argument est-il suffisant? Voici des gens qui arrivent avec quinze ou vingt dents à enlever ; ils n'ont jamais trouvé le temps, pendant des années, de se faire soigner et vous voulez, pour leur mettre un appareil huit à dix jours plus tôt, changer une technique que vous croyez bonne! Nous ne l'acceptons pas.

Et d'ailleurs, n'est-il pas plus logique, plus rationnel, de commencer à enlever les mauvaises dents d'un côté, pendant que le malade peut encore mâcher un peu de l'autre, et, quand ce premier côté opéré est à peu près cicatrisé, de commencer à intervenir sur l'autre, plutôt que d'aller faire courir le risque d'une longue anesthésie générale, que de faire en quelque sorte une opération assez grave au lieu d'une série d'opérations insignifiantes, pour laisser un malheureux tout pantelant sur la table d'opération, avec une quantité de plaies ouvertes en même temps aux hémorragies et aux infections possibles et qui, pendant plusieurs jours, ne pourra prendre que des aliments liquides !

Abordons maintenant le dernier soi-disant avantage de l'anesthésie générale.

Cicatrisation plus rapide. — Est-ce bien vrai ? Nous ne le pensons pas. Nous n'avons jamais observé, sauf avec les solutions huileuses, de cicatrisation difficile à la suite des injections de cocaïne. Et, dans le service du Dr Reclus, où nous allons chaque semaine et où toutes les opérations sont faites avec la cocaïne, nous n'avons pas observé des réunions plus mauvaises, des guérisons moins rapides que dans d'autres services où les malades sont opérés avec le chloroforme. D'ailleurs, jamais ses collègues, à notre connaissance, ne lui ont opposé cet argument. Alors, si ce mode d'anesthésie ne paraît pas avoir d'inconvénients sur les opérations de chirurgie générale, avec les solutions aqueuses, pourquoi en serait-il autrement dans les opérations

buccales ? Naturellement, il faut assurer l'antisepsie de la bouche avant et après l'opération, quel que soit le procédé employé. Il faut assurer l'asepsie de la solution employée, cela est presque inutile à dire. Et, en dehors des solutions toutes préparées, en ampoules, qui nous donnent toute la garantie nécessaire, les dentistes ont, dans leur machine à vulcaniser les appareils en caoutchouc, un autoclave tout trouvé et pratique pour porter à 110 ou 120 degrés les solutions qu'ils emploient. Si ces précautions sont prises, au point de vue de l'asepsie de la solution et de l'antisepsie de la bouche, les plaies se cicatriseront tout aussi bien. Mais, admettons même, ce que nous ne pensons pas, que la cicatrisation soit retardée de quelques jours, serait-ce encore là une raison suffisante pour adopter une technique que condamnent toutes les raisons que nous avons énumérées? Et ces désordres opératoires, ces traumatismes étendus, ces échappées dans la gencive qui arrivent aux meilleurs opérateurs, quand ils se hâtent d'opérer sous l'anesthésie générale de courte durée, croit-on qu'ils ne retardent pas également bien souvent la cicatrisation ?

Nous en avons fini cette fois avec l'exposé des dangers et des inconvénients des anesthésiques généraux, quels qu'ils soient, et avec l'exposé des avantages qu'on leur accorde et nous avons vu ce qu'il fallait en penser.

Chapitre VI. — Dangers et inconvénients de l'anesthésie locale.

Nous allons, maintenant, conformément au programme que nous nous sommes tracé, examiner rapidement les dangers et les inconvénients de l'anesthésie locale, puis ses avantages, et nous nous efforcerons de conclure.

Les dangers. — La mort ? Ce danger n'existe pas si l'on n'emploie pas une dose exagérée ; nous pouvons, en dentisterie, limiter, pour être bien sûr d'être au-dessous de la vérité, cette dose à 3 centigrammes, largement suffisante pour tous les cas. On n'a pas enregistré dans la science de

cas mortel à moins de 23 centigrammes et il faut lire à ce sujet le chapitre magistral du D[r] Reclus dans son livre : *L'anesthésie localisée par la cocaïne*, 1903, chap. III.

Les inconvénients. — Ils existent. Examinons-les. Il est indiscutable que certains sujets présentent une idiosyncrasie particulière à la cocaïne, comme d'autres à la morphine, mais il peut survenir tout au plus un malaise, une sensation de picotement des extrémités, de vertige, une syncope de courte durée si l'on est resté dans les limites indiquées. Cela n'arrive presque jamais et n'est jamais grave. La cocaïne ne devra pas être employée, elle est contre-indiquée chez les anémiques avancés et chez les débilités, chez les grands nerveux, les cardiaques et les aortiques ; mais, dans ces cas, l'anesthésie générale sera *a fortiori* contre-indiquée, surtout pour une extraction de dent.

L'emploi de la cocaïne ne donne pas satisfaction complète dans certains cas d'extractions. Expliquons-nous. Nous avons jusqu'ici, dans l'étude que nous avons faite des dangers, des inconvénients et des avantages de l'anesthésie générale, supposé qu'il s'agissait d'une extraction normale, d'une dent non enflammée, extraction pouvant être rendue indolore aussi bien par l'anesthésie locale que par l'anesthésie générale et nous croyons avoir démontré que, dans ces cas, le médecin qui indique l'anesthésie générale donne un mauvais conseil, a une conduite blâmable. Si nous pouvions avoir réussi à cela seulement, nous nous estimerions très heureux et nous aurions réduit considérablement la proportion des anesthésies générales dans notre spécialité.

Mais il est des cas dans lesquels il n'est pas possible de promettre l'analgésie avec l'anesthésie locale, et l'on ne doit promettre que ce qu'on peut tenir. C'est là qu'à notre avis la question se serre et se précise. Nous qui sommes partisan convaincus de l'anesthésie locale en chirurgie dentaire, l'emploierons-nous dans tous les cas ? Nous nous empressons de répondre : non. Il y a deux cas dans les-

quels nous conseillons à notre malade l'anesthésie générale. En premier lieu, pour l'extraction d'une dent de sagesse ayant amené du trismus, si ce trismus est intense, si les désordres sont assez accusés et si, pour une raison ou pour une autre, nous ne pensons pas pouvoir arrêter la marche des accidents pour être à même de faire une opération, sans douleur, quelques jours plus tard, avec l'anesthésie locale en opérant le malade à froid. Dans ce cas, si l'opération ne nous paraît pas devoir être trop compliquée, nous conseillons un anesthésique général de courte durée. Si, au contraire, l'opération risque d'être compliquée, et c'est le plus souvent le cas, nous conseillerons un anesthésique de longue durée.

En second lieu, lorsqu'il ne s'agit plus d'une extraction mais d'une véritable opération, quand l'intervention peut être compliquée, peut durer plus de 10 minutes, qu'il faut agir vite et profondément, par exemple lorsqu'une dent est placée d'une manière tout à fait anormale, lorsqu'un phlegmon est en voie d'évolution et que le danger de l'anesthésie générale est insignifiant à côté du danger de septicémie que le retard dans l'intervention ferait courir au malade. Donc, nous conseillons nous-même l'anesthésie générale dans ces deux cas, que nous croyons avoir nettement définis. Dans deux autres cas, nous ne conseillons pas, mais nous tolérons l'anesthésie générale avec les anesthésiques de courte durée.

1[er] *cas.* — La dent est atteinte de périostite aiguë. Dans ce cas, la cocaïne injectée dans une région enflammée agit mal, la tension des tissus étant déjà trop forte, l'injection est douloureuse. Nous prévenons donc le malade que nous ne pouvons lui garantir qu'il ne souffrira pas *du tout* avec l'anesthésie locale. Nous lui expliquons qu'il n'aura probablement qu'une diminution de douleur, mais non sûrement une analgésie absolue et nous lui conseillons de se contenter de cette atténuation de douleur dans son intérêt. Nous croyons, en agissant ainsi, être dans la vérité. Et que de fois n'avons-nous pas vu, dans des cas de périostite aiguë, une

injection de cocaïne donner une analgésie presque absolue *pendant* l'opération, en ayant soin, naturellement, d'employer aussi la réfrigération et de commencer l'injection dans le tissu sain pour n'arriver que graduellement dans la partie enflammée, surtout si l'on ajoute un peu d'adrénaline à la solution dans ce cas.

Naturellement, après l'opération, le malade souffre, mais ne souffre-t-il pas aussi avec un anesthésique général de courte durée? Qui n'a eu des malades se promenant dans le cabinet d'opération, après ces extractions de dents atteintes de périostite, en souffrant atrocement pendant un quart d'heure et plus? Faudrait-il donc conseiller le chloroforme ou l'éther dans ce cas?

Toutefois, si le malade refuse absolument de se rendre à notre conseil, ce qui est rare, et demande à être endormi tout à fait, dans ce cas où il s'agit d'une dent atteinte de périostite aiguë, nous ne pensons pas pouvoir lui refuser de le soulager et nous lui expliquons la question de la façon suivante: « J'ai à votre disposition deux procédés: l'un, » anesthésique rapide, le moins dangereux, va vous en» dormir tout à fait pendant une ou deux minutes, ce qui, » je pense, me permettra d'extraire votre dent; donc vous » n'aurez pas senti l'opération. Mais, naturellement, en » vous réveillant, vous aurez la douleur très vive qui suit » la contusion de tissus enflammés, et cette douleur est » parfois plus vive que celle de l'opération. Toutefois, si » vous tenez absolument à être endormi tout à fait, c'est » ce procédé que je vous conseille. L'autre consisterait à » vous endormir chez vous, complètement, dans votre lit, » pendant le temps dont j'aurai besoin, peut-être cinq mi» nutes, peut-être plus; je ne vous le conseille pas, parce » que c'est une bien grosse complication et c'est plus dan» gereux que dans le premier cas. »

2e *cas*. — La dent est atteinte d'abcès. Nous suivons la même conduite, c'est-à-dire que nous ne conseillons pas, mais nous tolérons l'anesthésie générale, si le malade le veut absolument. Bien souvent, nous avons un excellent ré-

sultat lorsque le malade se rend à notre avis et accepte l'anesthésie locale, si nous avons soin d'employer largement la réfrigération du côté de l'abcès. Souvent aussi, dans notre clientèle privée, si l'abcès est mûr, nous l'ouvrons, ce qui est insignifiant comme douleur et peut même être rendu indolore avec la réfrigération, et nous enlevons la dent ou la racine causale à l'anesthésie locale, à froid, quelques jours après.

Dans ces cas, nous tolérons l'anesthésie générale. Donc, en dehors des cas bien précis dont nous avons parlé, si le malade réclame l'anesthésie générale, que devons-nous faire ? A notre avis, il n'y a pas d'hésitation. Si, en votre conscience de praticien, vous pensez que l'opération doit être faite sans anesthésie générale, vous vous refusez à la pratiquer et vous demandez au malade de vous mettre en rapports avec son médecin, à qui vous faites part de votre opinion. En agissant ainsi, vous dégagez absolument votre responsabilité et vous laissez au médecin, qui connaît l'organisme de votre malade, ses lésions, ses maladies antérieures, son tempérament, le soin de juger s'il croit devoir recourir à l'anesthésie générale.

Résumons rapidement, non pas les dangers, puisqu'ils n'existent pas, mais les inconvénients de l'anesthésie locale :

1° Risque de malaise : tout au plus légers vertiges, dans des proportions insignifiantes et chez des sujets prédisposés ; en tout cas jamais de désordres graves ;

2° Dans deux cas opératoires en chirurgie dentaire, extraction de dent de sagesse avec trismus ou opération compliquée, telle que nous l'avons définie, l'anesthésie locale est contre-indiquée ;

3° Dans deux autres cas, périostite aiguë ou abcès, l'anesthésie locale ne donne le plus souvent qu'une atténuation de douleur.

Pour nous, ces inconvénients sont les seuls. On a parlé des cas de fistule gingivale ; il s'agit de savoir faire l'injection, et, si on la fait mal, on en est quitte pour recom-

mencer ; ce qui n'est pas entré n'agit pas au point de vue toxique.

On a parlé du siège de la dent et en particulier des dents de sagesse ; si c'est en haut, on n'a qu'à faire entr'ouvrir la bouche au malade pour faire facilement l'injection à la face externe, tandis que, s'il ouvre la bouche grande, la joue vient se plaquer contre le bord alvéolaire et l'opérateur ne voit rien. Si c'est en bas, on fera un peu plus attention pour pratiquer ses injections qui sont un peu plus difficiles, mais non impossibles si la dent est à sa place.

On a parlé aussi du grand nombre de dents à extraire : nous avons donné plus haut notre avis à ce sujet.

CHAPITRE V. — DISCUSSION DE CES AVANTAGES.

Nous avons presque terminé ; il n'y a plus qu'à énumérer les avantages de l'anesthésie locale.

Les expériences physiologiques et les statistiques nous montrent qu'elle est sans danger, quand on emploie une dose limitée d'une solution étendue. Elle n'a pas de conséquences éloignées ; elle ne risque pas de créer au chirurgien une responsabilité légale ; le chirurgien fait lui-même l'anesthésie et l'opération ; elle ne nécessite pas un examen médical complet du malade ; elle ne trouble pas son existence par des préparatifs ou des suites désagréables. Le chirurgien ne risque pas d'envoyer une racine dans le pharynx ; il n'a besoin ni de témoins, ni d'aides pour tenir le malade pendant la période d'excitation. L'anesthésie dure assez longtemps pour que le malade ne souffre pas après l'opération ; il n'y a pas à préparer tout un matériel compliqué, qui doit être toujours prêt, même s'il ne doit servir qu'une fois sur 10.000.

Du reste, cette apologie n'a pas à être faite ; nous ne développerons aucune de ces considérations ; cette apologie résulte des inconvénients des anesthésiques généraux, elle ressort de tous les travaux présentés par le Dr Reclus, par nous-même, par une série d'auteurs qui vous en ont déjà parlé ici même ; elle ressort enfin de l'emploi judicieux que vous en faites vous-mêmes pour la plupart.

Un seul point parmi ces avantages mérite à notre avis de nous arrêter : l'opération elle-même. L'anesthésie locale, et ce n'est pas son moindre mérite, a transformé la technique de l'extraction des dents, de même que l'anesthésie générale a révolutionné la chirurgie. Rappelez-vous le temps où le chirurgien devait être avant tout un homme rapide et adroit et où l'amphithéâtre applaudissait quand le chef faisait brillamment une désarticulation de la hanche en deux ou trois minutes. Aujourd'hui, avec l'anesthésie générale, ces prouesses chirurgicales ne sont plus de saison, et un homme d'une adresse normale, mais instruit, méthodique, consciencieux, pourra toujours faire un bon chirurgien. Il ne s'agit plus d'être brillant. A quoi bon ? On a le temps. Ce qu'il faut, c'est être sûr de faire une opération complète, d'assurer l'asepsie, l'hémostase, sans quoi la brillante opération aura des suites terribles.

L'anesthésie locale a, de même, transformé particulièrement l'extraction des dents. Nous nous souvenons encore, au début de nos études dentaires, de quelques opérateurs brillants qui, armés d'un élévateur, piochaient rapidement dans un alvéole. L'opérateur le plus rapide était le meilleur.

Aujourd'hui il n'en est plus de même. L'anesthésie locale permet d'aller doucement, posément, et l'opération brutale d'autrefois est devenue une opération lente, rationnelle, propre, élégante, non précipitée. L'opérateur peut dépenser juste la force nécessaire à l'extraction, ce qui est l'idéal, car le patient n'a plus de ces secousses, de ces à-coups brutaux que nécessitait la précipitation. L'élévateur, qui est un instrument merveilleux, quand il est bien manié, n'est plus employé que si l'on ne peut se servir du davier, qui est moins brutal. Si la racine se brise, l'opérateur lave, tamponne, il attend, il dispose son malade commodément sur le fauteuil pour bien s'éclairer et être à l'aise. Il n'opère presque qu'à coup sûr, quand après avoir épongé le sang qui cache le champ opératoire, il voit sur l'os blanc la racine qui se détache en couleur grisâtre, avec la section noire du canal au milieu.

Est-il possible de comparer ce *modus operandi* avec celui qu'on emploie forcément avec l'anesthésie générale, soit de longue durée, comme le chloroforme ou l'éther, soit de courte durée ?

Chapitre VIII. — Conclusions.

Nous avons terminé, Messieurs, et nous vous remercions de votre bienveillante attention. Nous espérons avoir montré qu'en chirurgie dentaire l'anesthésie locale doit être la règle et que l'anesthésie générale ne sera employée qu'occasionnellement. Heureux si nous avons pu entraîner la conviction de quelques-uns d'entre vous. En tout cas, nous ne croyons pas avoir émis une seule opinion qui ne soit pas la nôtre et nous croyons qu'il y a avantage à accepter notre manière de voir, dans l'intérêt du malade, dans l'intérêt du chirurgien, dans l'intérêt de nos opérations et, par conséquent, pour la bonne réputation des dentistes français.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

REVUE CLINIQUE

SUR UN CAS DE FRACTURE DE LA SYMPHYSE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR AVEC GRAND DÉPLACEMENT DES FRAGMENTS. RÉDUCTION. IMMOBILISATION A L'AIDE D'UN APPAREIL PROTHÉTIQUE. GUÉRISON.

Par R. Heidé,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 9 avril 1904.)

Toute déformation de l'une ou de l'autre des arcades dentaires, en empêchant les dents des deux maxillaires de s'articuler ou de s'engrener de façon normale, entrave la trituration des aliments et compromet la nutrition. La fracture du maxillaire inférieur est naturellement dans ce cas. Restituer au plateau masticateur de ce maxillaire sa position et son orientation primitives, tel est le but essentiel à atteindre, comme le remarque bien M. Mahé (*Essai critique sur le traitement de la fracture du maxillaire inférieur,* Th. de Paris, 1900, in-8). Nous ne pouvons donc que souscrire à la conclusion suivante formulée par cet auteur : « La fracture du maxillaire inférieur, qui est pratiquement une dislocation d'une arcade dentaire, comprend essentiellement dans son pronostic, moins le résultat *opératoire* que le résultat *fonctionnel; l'acte chirurgical,* ce mot auquel on sacrifie tant, consistera non pas à éviter la pseudarthrose et à obtenir un maxillaire réuni et solide, mais à reconstituer une arcade dentaire répondant aussi exactement que possible à son antagoniste, et à faire manger le malade, abstraction faite du procédé employé. »

Il s'agit donc d'obtenir surtout une *restitutio ad integrum* en ce qui concerne le fonctionnement des mâchoires,

c'est-à-dire la possibilité de l'engrènement des dents opposées des maxillaires dans le sens antéro-postérieur, dans le sens frontal et dans le sens transversal.

La *suture osseuse*, telle qu'elle est pratiquée par les chirurgiens, procure certainement les meilleurs résultats quant à la consolidation des fragments ; elle s'impose quand le maxillaire fracturé est entièrement dépourvu de dents, mais n'est guère applicable qu'aux fractures relativement simples. Mahé fait une critique approfondie des procédés de suture et rejette leur emploi chaque fois que le traitement prothétique est possible, car seul il est susceptible de fournir un résultat fonctionnel vraiment satisfaisant.

Quant aux appareils prothétiques, ils sont trop nombreux pour que nous en fassions l'histoire ici. Jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, on employait les chevestres, les procédés d'enlacement des dents ; en 1780, Chopart et Desault inaugurèrent une ère nouvelle en imaginant des appareils à double pression à la fois sur l'arcade dentaire et la base de la mâchoire ; l'arcade dentaire se trouvait généralement recouverte d'une sorte de gouttière non moulée. L'appareil de Houzelot (1827) rentre dans cette catégorie. Celui de Morel-Lavallée (1847) construit avec de la gutta-percha fait la transition ; Hamilton en appliqua un semblable deux ans après. Mais la gutta-percha se déformant à la chaleur de la bouche, ces sortes d'appareils manquaient encore de précision. L'idée du moulage était lancée et devait faire son chemin.

Aujourd'hui on n'emploie plus que des gouttières moulées sur un modèle du maxillaire réduit. Tels sont les procédés de Liston et Nasmyth, de Kingsley, la gouttière simple, celle de Roy, l'appareil de Gunning, celui de Martin et ses modifications. On est très divisé sur la valeur respective de ces divers appareils, mais la discussion est surtout vive au sujet de la gouttière de Kingsley et de celle de Martin. Mahé tient pour l'appareil de Kingsley dans les cas relativement simples ; il trouve son exécution plus facile et exprime l'avis qu'il n'impose au blessé qu'une gêne relativement



Fig. 1.

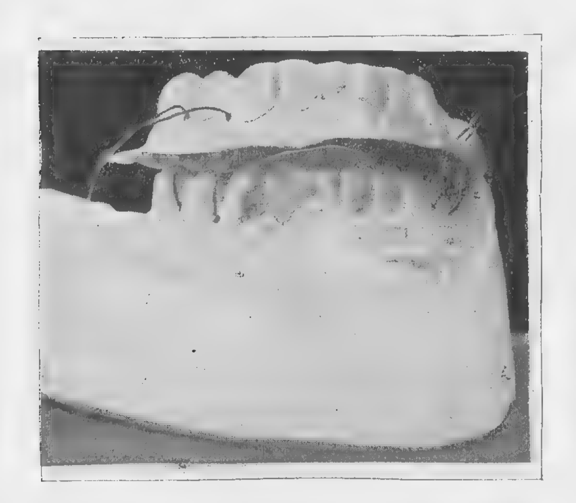


Fig. 2.

négligeable et que le reproche qu'on lui fait de ne pas toujours permettre le décubitus latéral tombe du moment qu'on le munit de cornes amovibles. Dubois (*L'Odontologie*, juin 1894) lui préfère l'appareil de Martin. Nous pensons également que ce dernier appareil rend les mêmes services que celui de Kingsley et par conséquent s'applique à la fois aux cas relativement simples et aux cas compliqués auxquels Mahé voudrait limiter son usage. Dans les cas où la consolidation des fragments est difficile à obtenir ou à maintenir, dans ceux où il n'existe pas de dents et où les fractures sont très compliquées, l'appareil de Martin est surtout indiqué; au besoin même, on s'adresserait, suivant l'opinion de Mahé, à l'appareil de Gunning qui permet mieux encore, si possible, dans les cas les plus difficiles et les plus complexes, de réaliser dans une bonne position l'immobilisation absolue de la mandibule.

Chez le malade de notre observation, nous songions d'abord à faire usage de l'appareil de Martin, mais *la fracture étant très simple,* nous y renonçâmes pour nous servir de la gouttière simple en aluminium sans mentonnière et fixée au moyen de fils d'or. Ces fils ont l'avantage d'être très maniables et, une fois qu'ils sont tendus, de rester très rigides. Quant à la gouttière en aluminium, elle présente sur les autres appareils du même genre la supériorité d'être rigide, légère et peu épaisse. Ainsi compris, l'appareil mis en bonne place devait assurer la consolidation du maxillaire dans les meilleures conditions. Il fut définitivement appliqué le 8 mai; le malade étant revenu de province le 19 juin, la consolidation de la fracture était parfaite.

M. Martinier (*L'Odontologie,* janv. 1895) est d'accord avec Martin et les principaux auteurs pour fixer la consolidation à 30 ou 35 jours pour les fractures simples et à 60 jours et au-dessus pour les fractures compliquées. Notre cas corrobore ces chiffres.

Observation.

M. X., 27 ans, cultivateur, bonne constitution, a fait le 3 mai 1902

une chute de cheval et a eu la mâchoire inférieure fracturée au niveau de la symphyse du menton, entre les incisives centrales par diminution de la courbe de l'arcade maxillaire (l'un des pieds du cheval ayant vraisemblablement appuyé sur l'angle de la mâchoire). La fracture est verticale, sans esquille. La portion droite du maxillaire est inclinée de haut en bas, de dehors en dedans et de droite à gauche, faisant saillie dans la bouche, par l'effet de la traction du ventre antérieur du muscle digastrique et des muscles mylo-hyoïdien et génio-hyoïdien; la portion gauche du maxillaire est portée en dehors vers la lèvre et tirée de bas en haut par l'action des muscles masséter et ptérygoïdien interne ; les deux fragments présentent un écartement de 2 centimètres, dépassant par conséquent l'épaisseur du corps de l'os.

Le cuir chevelu est déchiré, du sang s'écoule par l'oreille; le menton et la joue sont le siège d'un fort œdème ; pas de contusion à la face.

Après sa chute, le malade est resté trois heures sans connaissance. Son médecin le Dr Plussaref, de Ronnières, nous a fait appeler sur le conseil de notre ami le Dr Aubeau, qui trouvait que le cas dépendait plutôt de notre spécialité que de celle du chirurgien.

A l'examen, le 4 mai, on constate que les dents sont en fort mauvais état, découronnées ou réduites à leurs racines ; il reste cependant environ quatre dents en haut et huit en bas qui sont en bon état. Cette absence presque complète des dents constituera une sérieuse difficulté pour la coaptation des deux fragments du maxillaire, les points d'appui faisant défaut.

Comme le déplacement des deux fragments s'opposait à l'introduction d'un porte-empreinte, nous fûmes obligé de les rapprocher au moyen d'une ligature avec un fil d'or passant entre les incisives latérales: l'incisive médiane gauche était fort ébranlée. La réduction une fois faite le mieux possible, nous serrâmes le fil. L'empreinte de la mâchoire inférieure fut ensuite prise au plâtre, celle de la mâchoire supérieure au godiva.

8 *mai*. Nous n'avons pu voir le malade depuis cette opération préliminaire, parce qu'il habite la campagne. Il va assez bien, n'a pas eu de fièvre et ses nuits ont été calmes. Le gonflement est resté à peu près le même et est surtout accentué sur le plancher de la bouche et à la lèvre inférieure qui est entaillée d'une plaie profonde déterminée par le fragment gauche. Nous pratiquons des injections et des lavages méticuleux pour débarrasser la bouche des mucosités et des dépôts qui s'y sont accumulés, puis nous soumettons à l'ébullition la gouttière confectionnée et les fils d'or destinés à sa fixation. Nous avons fait choix de fils d'or que leur souplesse rend faciles à manier, bien qu'ils soient très rigides une fois tendus.

Tout d'abord, comme le montre la figure, nous introduisons les fils

dans les trous de la gouttière correspondant aux interstices situés de part et d'autre de la canine gauche et de la première bicuspide droite, puis en tirant ces fils l'un après l'autre, nous rapprochons l'appareil de la crête des dents et nous nous efforçons de faire entrer les dents dans les alvéoles correspondants de la gouttière ; nous faisons passer ensuite les fils dans les trous antérieurs de l'appareil et, après nous être assuré que les dents sont bien embrassées par la gouttière et la mâchoire bien prise dans sa loge, nous tendons fortement et serrons les fils, puis nous en coupons l'excédent. De la sorte la réduction est assurée.

19 *juin.* — Pour nous assurer que le cal est formé et la fracture consolidée, nous voulons faire la radioscopie et la radiographie de la mâchoire. Désireux de profiter des perfectionnements apportés récemment à cette pratique par le professeur Budin, en particulier pour ce qui concerne les fractures de la mâchoire inférieure, nous nous adressons aussitôt à la maison qui fabrique les appareils perfectionnés, mais ne pouvons être servi à temps. Le Dr Le Bayon voulut bien alors faire la radiographie à la Clinique générale de chirurgie et le résultat fut tel que nous l'attendions. Un examen minutieux nous ayant permis de reconnaître que le cal était bien formé et la consolidation opérée, nous enlevâmes l'appareil. Les dents et les gencives se sont bien comportées ; cependant l'incisive médiane gauche ne tenant plus dans son alvéole, qui paraissait nécrosé, il fallut l'enlever.

Comme on le voit, il s'agit d'une fracture verticale, non esquilleuse, du maxillaire inférieur au niveau de la symphyse, guérie par un appareil des plus simples. Mais en raison de l'étendue du déplacement et de l'absence des dents ou de leur ébranlement, la réduction et l'application de l'appareil prothétique ne s'obtinrent qu'au prix de difficultés considérables et bien propres à décourager un opérateur inexpérimenté ou simplement peu persévérant. Les cas de ce genre ne sont pas nombreux dans la littérature odontologique. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de présenter celui-ci à la Société d'Odontologie.

(Voir la suite page 362.)

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

HANDBUCH DER ZAHNERSATZKUNDE.

M. Julius Parreidt, chirurgien-dentiste à Leipzig, a publié chez l'éditeur Arthur Félix, de cette ville, la 3ᵉ édition d'un traité de prothèse très complet, qui ne compte pas moins de 487 pages et qui est illustré de 291 figures.

Cet ouvrage, qui a pour titre *Handbuch der Zahnersatzkunde* (Manuel de prothèse dentaire), est divisé en 12 parties et précédé d'une introduction.

La première partie s'occupe de la préparation de la bouche pour la prothèse artificielle ; la 2ᵉ, de l'empreinte ; la 3ᵉ, des modèles ; la 4ᵉ, des matières employées en prothèse ; la 5ᵉ, de la fixation des dents artificielles ; la 6ᵉ, de la confection des dentiers en caoutchouc ; la 7ᵉ, de celle des dentiers en or ; la 8ᵉ, des couronnes et travaux à pont ; la 9ᵉ, des dentiers en platine émaillé ; la 10ᵉ, des dentiers en aluminium ; la 11ᵉ, des matières cheiloplastiques et des dentiers en étain ; la 12ᵉ, de la prothèse des maxillaires et du palais.

Ces diverses parties sont traitées à fond et l'auteur n'a pas manqué de tenir compte des méthodes nouvelles et des progrès réalisés en art dentaire. Déjà la deuxième édition, publiée en 1893, avait subi des modifications profondes ; à son tour, la 3ᵉ édidion a été l'objet d'un remaniement et les 1ʳᵉ, 2ᵉ, 8ᵉ et 12ᵉ parties ont été entièrement refondues, tandis que les autres ont été transformées. Le lecteur se trouve donc en présence d'un ouvrage tout à fait nouveau.

En ce qui concerne la prothèse des maxillaires et du palais, que nous avons plus particulièrement examinée, car elle doit présenter l'ensemble des travaux allemands sur ce sujet, l'auteur étudie celle du maxillaire supérieur et celle du maxillaire inférieur. Il traite la première assez brièvement, indiquant seulement le procédé de Sauer ; par contre, il donne plus de place à celle du maxillaire inférieur. En s'occupant des appareils extenseurs, il décrit les procédés les plus récents de Suersen, de Stoppany, de Wilmot, de Hauns et de Sauer. En prothèse immédiate il décrit de même ceux de Sauer, de Külm, de Löher, de Hansmann, de Boennecken, de Hahl, de Witzel, de Fritzsche. Nous regrettons toutefois que dans

cette prothèse il n'ait pas donné une place suffisante aux méthodes de Claude Martin, de Lyon; il ne consacre en effet que quelques lignes aux travaux de ce maître prothésiste.

La prothèse permanente de ce maxillaire est aussi très sommairement mentionnée et c'est là une lacune, à notre avis.

La prothèse palatine est plus longuement développée que celle des maxillaires. L'auteur aborde les défauts du palais, la paralysie du voile, les perforations, les fissures congénitales ; il indique la classification de ces dernières, les opérations chirurgicales qui y remédient, mentionne l'uranoplastie de Langenbeck, passe en revue l'historique de la staphylorraphie (Le Monnier, Roux, Passavant, Ambroise Paré, Fauchard, Delabarre, Stearns, Kingsley) et arrive à Suersen, dont il décrit l'obturateur en caoutchouc dur imaginé en 1867. Il s'étend longuement sur la confection de cet appareil, ainsi que sur la confection des obturateurs de Schiltsky et de Brandt. L'auteur appuie particulièrement sur ce principe des résultats fonctionnels qui sont connus de tous:

« Il ne faut pas s'attendre, dit-il, à ce que l'influence corrective exercée par un obturateur se fasse sentir immédiatement après l'application de l'appareil. Cette influence n'est immédiate, si la construction est parfaite, qu'au cas où l'on fait disparaître des défauts acquis; il n'en est pas de même si ceux-ci sont congénitaux. » L'auteur donne alors quelques indications sur l'orthophonie.

Nous sommes encore obligé de constater que les travaux des auteurs français paraissent inconnus à M. Parreidt, car il n'en fait pas une seule fois mention.

En somme, malgré les lacunes que nous avons signalées, cet ouvrage témoigne d'une grande érudition de la part de M. Parreidt et pourra rendre des services aux praticiens désireux de se familiariser avec l'art si complexe et si délicat de la prothèse. Un index alphabétique des matières et des noms facilite les recherches et termine très heureusement ce livre savamment conçu.

P. MARTINIER.

Anatomie de la bouche et des dents, par le Dr Rolland, directeur de l'Ecole dentaire de Bordeaux. O. Doin, éditeur, Paris.

Cet ouvrage a l'originalité d'un cours pédagogiquement établi, et l'on y trouve, à chaque page, tant dans le texte que dans l'illustration, la preuve d'une excellente méthode d'enseignement. Les phrases courtes sont bâties du bon langage anatomique ; les divisions et subdivisions des chapitres sont nombreuses ; il en résulte pour l'élève une série ininterrompue de points de repère, qui serviront à guider sa mémoire dans l'étude si aride et si complexe de l'anatomie humaine, générale et

spéciale. Il n'y manque que des planches en couleurs, que nous espérons voir l'éditeur établir lors d'une prochaine édition : la clarté des schémas deviendrait plus lumineuse encore, et la réputation du livre ne ferait que s'agrandir.

Dans la description du squelette de la face, nous avons noté une description intéressante de l'os palatin, dont les connexions, clairement établies, rendent bien nette la connaissance de l'architecture du massif facial. A propos de l'articulation temporo-maxillaire, M. Rolland reproduit, pour la première fois, croyons-nous, dans un livre destiné à des dentistes, la description qu'a donnée le Dr Poirier, des revêtements cartilagineux des condyles temporaux et maxillaires. Nous notons aussi la logique de M. Rolland, décrivant comme muscles masticateurs aussi bien les muscles abaisseurs de la mandibule que ses muscles élévateurs et diducteurs. Nous aurions aimé que l'innervation des muscles du voile du palais fût plus complète et qu'elle contînt les travaux publiés sur ce sujet dans ces dernières années.

L'auteur nous a paru trop bref en ce qui concerne la distribution respective du facial et de l'hypoglosse aux muscles de la langue. La muqueuse linguale est clairement décrite, et la distribution de ses nerfs sensitifs est représentée par un schéma, dont la lecture est très aisée.

La structure et la morphologie des dents sont didactiquement exposées : mais il nous semble que la partie dentaire du livre méritait plus de développement. L'histologie des tissus dentaires, la conformation extérieure et l'engrènement des dents, etc., sont si intéressantes pour le dentiste que l'auteur aurait pu, à notre avis, s'y arrêter plus longuement : avec la méthode si concise de notre confrère, nous aurions eu des chapitres d'autant plus instructifs qu'ils eussent été plus faciles à lire. Nous regrettons aussi que M. Rolland ne prenne pas parti en faveur du ligament alvéolo-dentaire et qu'il lui conserve sa dénomination de périoste.

Ces légères critiques ne diminuent en rien la valeur incontestable de l'ouvrage : l'auteur ne pouvait agrandir le cadre limité par ses vingt-cinq leçons. Tel qu'il est, avec son langage anatomique si clair, le livre de notre confrère Rolland, est parfait : il aura d'ailleurs un grand succès auprès des dentistes, élèves ou non. Rolland a montré, comme dans chacun de ses travaux, les excellentes qualités pédagogiques qui sont la caractéristique de son cerveau.

E. Friteau.

Livres reçus.

Nous avons reçu de M. Fritz Hartwig, chirurgien-dentiste à Vienne, le tirage à part d'un article institulé « *Zur Populariisirung der Zahnheilkunde* » (Vulgarisation de la dentisterie).

Réunions professionnelles

Session parisienne annuelle de la F. D. N.

Cette session a eu lieu, le samedi 9 avril, à 5 heures du soir, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole dentaire, sous la présidence de M. Sauvez, assisté du président d'honneur M. Godon et du bureau de la F. D. N. Les sociétés parisiennes adhérentes étaient toutes représentées par un certain nombre de délégués, et la plupart des sociétés provinciales avaient envoyé à cette réunion un ou deux représentants.

Cette session a été surtout occupée par la lecture et la discussion du très remarquable rapport de M. Godon sur le « doctorat en odontologie », rapport qui est publié en tête du journal. La discussion qui s'est engagée à ce sujet et à laquelle ont pris part MM. Martinier, Loup, Roy, Touvet-Fanton, Stévenin, Monin, Friteau, a prouvé que tous les membres de la F. D. N. désiraient la création par l'Université du diplôme de docteur en odontologie, analogue au diplôme universitaire de docteur en pharmacie, et les conclusions du rapporteur ont été adoptées à l'unanimité.

M. Delair, ancien président de la sous-section d'Odontologie à l'A. F. A. S., a rendu compte des démarches qu'il avait faites près du bureau de cette association en vue d'obtenir la transformation de notre sous-section en Section d'Odontologie. Il a annoncé que le bureau de l'A. F. A. S. a accepté cette transformation, qui sera soumise à l'assemblée générale qui aura lieu en août à Grenoble. M. Delair a raconté toutes les difficultés qu'il a surmontées : les stomatologistes qui, n'ayant jamais rien donné à l'A. F. A. S., voulaient accaparer à leur profit une section que les dentistes ont créée par leur travail et leur persévérance, ont été battus au bureau de l'A. F. A. S. ; nous n'avons qu'un léger effort à faire à Grenoble pour transformer leur défaite en déroute.

M. Pont, président de la section à Grenoble, a adressé aux membres de la F. D. N., un chaleureux appel ; il a reçu aussitôt de multiples adhésions ; nombreux seront les dentistes parisiens et provinciaux qui iront porter dans la capitale du Dauphiné le grand renom de l'art dentaire français.

D'autres questions d'administration intérieure ont été réglées et, l'ordre du jour étant épuisé, M. Sauvez a remercié les délégués de

leur présence, en les invitant à se rendre, aussi nombreux qu'il sera possible, au Congrès de Saint-Louis.

Un banquet amical, offert par les membres parisiens à leurs confrères de province, a eu lieu à l'issue de cette séance.

Puis l'on a assisté à une très intéressante réunion scientifique organisée par la Société d'Odontologie de Paris ; le compte rendu en sera publié ultérieurement.

Le dimanche matin, de 9 heures à midi, dans la grande salle de dentisterie opératoire de l'Ecole, ont eu lieu, sous les auspices de la Société d'Odontologie de Paris, des démonstrations pratiques, qui avaient attiré un nombre considérable de confrères. Chacune de ces démonstrations a été particulièrement appréciée, et M. Loup, président de la Société d'Odontologie, a chaudement félicité et remercié chacun des démonstrateurs.

Cette session parisienne de la F. D. N. a donc été très intéressante, et elle permet de penser au grand succès qu'obtiendra, au mois d'août, la session annuelle qui coïncide avec les réunions de l'A. F. A. S.

E. F.

Société d'Odontologie de Paris.

Programme de la séance du mardi 3 mai 1904.

1° Divers modes d'administration du chlorure d'éthyle en anesthésie générale ; avantages de l'anesthésie générale en art dentaire .... Dr Friteau.

2° Discussion des communications de M. le Dr Sauvez :

Un nouvel anesthésique local, la stovaïne ; avantages de l'anesthésie locale en art dentaire.

3° Appareils à pont mobile dispensant du parallélisme des soutiens ; applications diverses à l'emploi des pivots à rotule. .... M. Touvet-Fanton.

4° Un nouveau lavabo .... M. Deglain.

5° Présentation d'instruments .... M. d'Argent.

19e ASSEMBLÉE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE SUISSE

M. Paul Guye, vice-président de cette Société et notre collaborateur, nous adresse la lettre suivante que nous sommes heureux de communiquer à nos lecteurs, en les engageant à se rendre en nombre à Lausanne :

Genève, le 6 avril 1904.

J'ai l'honneur de vous informer que le 19e Congrès annuel de la Société Odontologique Suisse aura lieu les 7, 8 et 9 mai 1904 à Lausanne.

En vous communiquant le programme ci-dessous, j'ai le plaisir d'adresser, au nom du Comité, une invitation bien cordiale à tous nos confrères français à participer à cette réunion, à laquelle nous serons très heureux de les voir assister et nous leur réservons un accueil chaleureux.

PROGRAMME.

Samedi 7 mai.

3 h. après-midi. Séance administrative réservée aux membres de la Société.

8 h. soir. Réunion familiale à l'Hôtel de France (Station du tramway, Bel-Air 9).

Dimanche 8 mai.

8 h. 30 du matin. Communications et démonstrations.

Midi. Départ en bateau pour Vevey, banquet.

Lundi 9 mai.

8 h. 30 du matin. Communications et démonstrations.

2 h. Banquet d'adieu à Ouchy.

ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE.

L'Association dentaire canadienne tiendra son 2e Congrès annuel du 6 au 9 septembre prochain à Toronto. De nombreuses communications orales et démonstrations pratiques sont inscrites à l'ordre du jour.

NÉCROLOGIE

M. E. PERRIGAULT

Nous avons la douleur d'annoncer la mort d'un de nos plus estimés confrères, M. E. Perrigault. Membre honoraire de l'Ecole dentaire, M. Perrigault, qui avait abandonné depuis trois ans l'exercice de la profession, a été renversé, le samedi 9 avril, par un automobile lancé à toute allure, au moment où il traversait la place d'Iéna pour rentrer chez lui. Transporté d'urgence à l'hôpital Beaujon, il y est mort quelques heures après sans avoir repris connaissance.

Nous adressons à la veuve et à l'orphelin, terrassés par cette épouvantable perte, l'expression émue de toute notre douleur.

Nos divers groupements étaient représentés aux obsèques et y avaient envoyé une magnifique couronne. M. Martinier, délégué de l'Ecole dentaire de Paris, M. Ronnet, délégué de l'Association générale des dentistes de France, et M. Friteau, délégué de la Société d'Odontologie de Paris, ònt exprimé à la famille de notre regretté confrère la part émue que chacun a prise au malheur qui la frappe d'une façon aussi tragique que prématurée : M. Perrigault n'avait, en effet, que 46 ans.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

Cabinets demandés.

1 **Docteur dentiste** à la *veille de finir ses études* **REPRENDRAIT CABINET très sérieux,** dans *quartier riche,* d'un rapport minimum de 30.000. Verserait comptant une indemnité en rapport avec les bénéfices. Ecrire aux initiales D. G. B., 13, aux soins de l'administration du journal.

(37-2)

Cabinets offerts.

2 **A CÉDER** *tout de suite* **Cabinet anglais** fondé depuis 1889, situé dans une *ville du Sud-Ouest* de 40.000 habitants, faisant 16.000 francs d'affaires par an.— Prix demandé 15.000 francs comptant, y compris l'installation du cabinet et de l'atelier. — Ecrire *par poste* aux initiales ABX, aux soins de l'administration du journal.

(28-4)

3 ***A CÉDER*** dans *ville de l'Ouest* ***très bon Cabinet dentaire*** créé depuis 8 ans, chiffre d'affaires variant de 16.000 à 18.000 fr., *susceptible d'augmentation;* loyer et contributions 1.700 fr. *Installation moderne.* — Prix 14.000 fr. dont 6.000 comptant, le reste par annuités. Le titulaire restera 1 mois avec son successeur s'il le désire — Ecrire *par poste* aux initiales A.R.T., aux soins de l'administration du journal **(29-4)**

4 **A CÉDER grand cabinet** dans une *ville du Midi*, 100.000 habitants, installé depuis 35 ans, affaires 30 à 35.000 fr. Bail 1.300 fr. Le titulaire actuel restera associé pendant 6 mois. *Installation parfaite* — Prix exceptionnel 25.000 fr. — Ecrire *par poste* aux initiales C. C., 31, aux soins de l'administration du journal.

(31-4)

5 **On cherche** pour un **EXCELLENT CABINET, belle installation,** existant depuis 9 ans, affaires 8.000 fr., loyer 780, *clientèle bourgeoise et commerçante,* un **ASSOCIE** avec un apport de 2.000 fr., ou un **ACQUEREUR** au prix de 5.000. Le chiffre d'affaires peut être doublé. — S'adresser à Madame Frenkel, 59, rue de Chaillot, à Paris. **(39-1)**

6 **A CÉDER Cabinet dentaire** à *une demi-heure de Paris.* Saint-Lazare. — Affaires 10.000 francs (Avec trois jours par semaine on faisait 6.000 francs). — Ecrire *par poste* aux initiales R. R. R., aux soins de l'administration du journal.

(40-1)

7 ***AFFAIRE SUPERBE. — Bon Cabinet*** de *province* ***A CÉDER*** pour *raison de santé.* – Prix modéré. — Ecrire *par poste* aux initiales R. H., n° 22, aux soins de l'administration du journal.

(45-1)

Emplois offerts.

8 *URGENT.* On demande *opérateur* ou *acquéreur diplômé,* ou *gérant* avec *future succession,* ou *associé même sans avances de fonds.* S'adresser à M. Lécuyer, 274, boulevard Raspail, à Paris.

(30-4)

9 **On demande** un **OPÉRATEUR** *diplômé de la Faculté* et *connaissant la prothèse* avec d'**excellentes références,** pour **GERER** cabinet de province. Pourrait au besoin prendre la suite de ce cabinet. Envoyer si possible photographie.—Ecrire *par poste* aux initiales H. F. 22, aux soins de l'administration du journal.

(42-1)

10 **On demande** un **OPÉRATEUR EXPÉRIMENTÉ,** connaissant spécialement l'aurification. — Ecrire *par poste* aux initiales P. P. B., aux soins de l'administration du journal.

(43-1)

11 **A LOUER** pour **deux années** consécutives, au prix de 100 fr., par mois, **CABINET DENTAIRE** *très bien situé* aux *environs de Paris* (10 minutes de chemin de fer), y compris appartement tout meublé très confortablement. Conviendrait à **jeune diplômé** qui jouirait là d'une *situation indépendante supérieure* aux plus belles places d'opérateur. — Ecrire *par poste* aux initiales A. Z. B., aux soins de l'administration du journal.

(44-1)



Société Coopérative des Dentistes de France.

Le Conseil d'administration rappelle qu'un service de placement pour les opérateurs et pour les mécaniciens vient d'être organisé par la Société. Ce service, entièrement gratuit, est à la disposition de tous, adhérents à la Coopérative ou non. Adresser les demandes ou offres, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris, au Président de la Société Coopérative.

Rappelons qu'en raison de sa situation particulière la Société est en mesure, mieux que qui que ce soit, de fournir d'excellents opérateurs et de très bons mécaniciens.

D'autre part, nous sommes heureux d'annoncer que la deuxième répartition des bénéfices de la Coopérative vient d'être faite et qu'une troisième répartition sera effectuée dans le courant de juin prochain.

Pour tous renseignements et adhésions s'adresser ou écrire au siège social, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris-9e.

Nouvelle section d'Odontologie.

L'Académie royale de médecine de Barcelone a créé une Section d'Odontologie, dont font partie nos confrères bien connus Calpe, Meifren père et fils, Pons, Damians, Trallero, etc.

Nouveau journal.

On annonce la publication d'un nouveau journal dentaire en langue espagnole, intitulé *Union Dental Española* (Union dentaire espagnole), organe de l'Association du même nom.

 (Suite de la page 370)

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

Emplois demandés.

12 **DIPLOMÉ** de *l'Ecole dentaire de Paris* et de la *Faculté de Médecine de Paris*, **bon opérateur**, *connaissant à fond toutes les branches* de sa profession, ayant *possédé cabinet important*, désire **SITUATION** à Paris. — Ecrire *par poste* à M. le docteur Barthe, 7, avenue Trudaine, à Paris. **(24-4)**

13 *Opérateur-mécanicien* parlant *deux langues*, ayant fait 4 ans d'apprentissage chez D. D. S., sachant opérer et bien au courant de toutes les parties de la prothèse : caoutchouc, or, couronnes, travaux à pont, ***cherche place tout de suite*** ou *plus tard*, Paris ou province. — Ecrire *par poste* aux initiales R. H., aux soins de l'administration du journal. **(25-4)**

14 **DENTISTE AMÉRICAIN** (***Doctor of Dental Surgery***), *en séjour à Paris pour environ trois mois* et disposant de 3 ou 4 jours par semaine, désirerait les employer chez un **chirurgien-dentiste** établi à Paris, aux **travaux à pont** (*Bridges-Work*), *couronnes* et *aurifications* d'après le système américain le plus rationnel et moderne. — Ecrire *par poste* aux initiales D. D. S., aux soins de l'administration du journal. **(33-3)**

15 **Médecin français**, *diplômé de l'École de Genève*, cherche place d'**OPERATEUR** à *Paris*, libre pour la deuxième quinzaine d'avril. — Adresser les offres sous initiales Dr St., à la Société française de fournitures dentaires, 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, à Paris. **(34-3)**

16 ***DENTISTE ÉTRANGER***, 40 ans, ***diplômé en Amérique*** (M. D., D. D. S.) en ***Belgique*** et ***Hollande***, parlant *français, allemand* et *anglais*, connaissant à fond toutes les branches de sa profession, *ayant possédé Cabinet important*, demande ***PLACE D'OPERATEUR GERANT***, etc., à l'étranger. — Ecrire *par poste* aux initiales F. W., aux soins de l'administration du journal. **(41-1)**

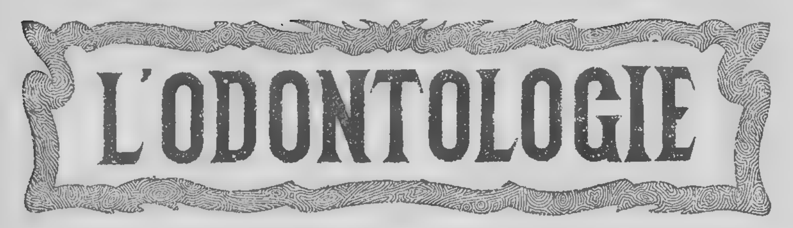
17 **Jeune homme**, **17 ans**, sortant d'*apprentissage*, désire une **place de mécanicien** à Paris : *nourri, couché* et *petits appointements*. — Ecrire *par poste* aux initiales O. E., aux soins de l'administration du journal. **(46-1)**

Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

La plupart du temps les confrères qui usent de nos « DEMANDES ET OFFRES » *désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée :* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur,* sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*

24e ANNÉE. N° 8 30 AVRIL 1904 VOL. XXXI



L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

LA CARIE DU COLLET ET LES RELATIONS QUI PEUVENT EXISTER ENTRE CELLE-CI ET LES RAPPORTS ANATOMIQUES DE L'ÉMAIL ET DU CÉMENT.

Par J. CHOQUET,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

(Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 9 avril 1904.)

Considérée comme altération anatomique, la carie du collet n'a pas encore été étudiée au point de vue de son étiologie.

La courte note que j'ai l'honneur de présenter ce soir pourra, je crois, éclaircir un peu la question.

Normalement la dent, maintenue dans son alvéole, est sertie par l'anneau muqueux résultant de la fusion de la gencive avec le ligament alvéolo-dentaire.

Cet anneau suit la forme de la dent au niveau du collet, aussi bien sur les faces labiale et jugale que sur les faces linguale et palatine, c'est-à-dire qu'il se présente sous une forme la plupart du temps concave pour les faces labiale et

jugale, tandis qu'au contraire, pour les faces regardant l'intérieur de la cavité buccale, il prend une forme plus ou moins rectiligne, grâce à la disposition particulière du cément sur ces mêmes faces.

Sur les faces mésiale et distale, l'espace interdentaire est comblé par ce même anneau muqueux dans lequel la gencive prédomine pour former cette languette triangulaire que nous connaissons tous et dont le récessus nous indique le début d'une altération quelconque de l'organe dentaire ou de ses attaches. On rencontre le plus souvent les altérations typiques de la carie du collet sur les dents du maxillaire inférieur, et cette altération frappe principalement les grosses molaires tout d'abord, ensuite les prémolaires et en dernier lieu les dents de bouche. La face la plus exposée à cette altération anatomique sera toujours la face jugale ; ensuite, mais beaucoup plus rarement la face mésiale et la face distale et beaucoup plus rarement encore la face linguale.

Au maxillaire supérieur nous trouverons moins souvent cette altération. Lorsqu'elle existera, elle sera presque toujours localisée sur les grosses molaires au niveau du sillon jugal intercuspidien. Les prémolaires seront moins souvent atteintes que les dents correspondantes du maxillaire opposé, mais, par contre, les incisives et les canines auront plus de tendance à l'être.

Il est excessivement rare de trouver des caries du collet sur la face palatine des dents du maxillaire supérieur. Au contraire elles sont plus fréquentes sur les faces mésiale et distale qu'elles ne le sont au maxillaire opposé.

Ceci étant posé, il faut examiner maintenant les causes qui peuvent occasionner cette altération.

Elles sont de deux sortes :

Causes adjuvantes ou prédisposantes.

Causes efficientes.

Avant d'étudier chacune de celles-ci, je tiens à rappeler les variations que l'on peut rencontrer dans les relations anatomiques de l'émail et du cément, variations que j'ai signalées pour la première fois en 1896.

Quatre cas peuvent se présenter :

1° L'émail recouvre le cément ;

2° Le cément recouvre l'émail ;

3° Il y a juxtaposition bout à bout des deux tissus ;

4° Il existe une solution de continuité mettant à nu la dentine.

De ces quatre cas, les deux derniers seuls nous intéressent et seront étudiés tout à l'heure.

Causes efficientes. — L'un des deux cas signalés plus haut, soit le contact bout à bout des deux tissus, soit la solution de continuité laissant la dentine à nu.

Causes adjuvantes ou prédisposantes :

A) Récessus de la gencive et de l'anneau muqueux.

B) Allongement des dents par sénilité.

C) Crochets trop rigides d'appareils de prothèse.

Parmi les causes adjuvantes ou prédisposantes nous placerons en première ligne le récessus gingival occasionné par :

A) Une diathèse quelconque (goutte-arthrite).

B) L'allongement des dents.

C) Des crochets trop serrés ou trop minces d'appareils prothétiques.

Dans le premier cas (A), nous constaterons tout d'abord la disparition de la languette interdentaire, soit entre deux dents, soit entre tous les organes dentaires, puis il se produira un retrait progressif de l'anneau muqueux tout autour de la dent et cela sur toutes les faces.

Il en sera de même pour le second cas (B), que l'on constatera principalement chez les sujets âgés.

Le troisième cas, que l'on pourrait faire rentrer au besoin dans la catégorie des causes efficientes, doit cependant être étudié comme cause adjuvante, car le crochet incriminé ici n'agit que sur une portion de l'anneau muqueux qu'il déchausse seulement là où il se trouve en contact avec lui. Une fois que le déchaussement ou plutôt que le décollement du bord supérieur de l'anneau se sera opéré et que, conséquemment, le collet de la dent normalement protégé par

l'émail, si mince soit-il, sera à nu, notre organe se trouvera en état d'infériorité physiologique marqué, surtout pour le cas n° 4 dans lequel nous rencontrons une véritable lacune.

Cette lacune, représentée par de la dentine pure avec ses terminaisons canaliculaires et les anastomoses de ces dernières, sera non seulement un point faible, mais un lieu de prédilection pour la production de la carie du collet, par suite de la possibilité de la pénétration de la salive dans les terminaisons canaliculaires, salive entraînant avec elle toutes les matières qui y sont en suspension.

Nous poserons comme conclusions qu'à l'état normal, même s'il n'existe pas de récessus gingival, la carie du collet pourra se produire, principalement lorsqu'il existera une solution de continuité entre l'émail et le cément. Nous rencontrerons principalement cette altération au maxillaire inférieur, surtout sur les grosses molaires et à la face jugale de celles-ci.

Nous devrons toujours tenir compte de l'homologie qui existe en pareil cas et surveiller de très près des dents intactes dont les homologues sont contaminées.

Enfin, il nous faudra tenir compte de l'hérédité qui joue pour ainsi dire un rôle capital dans cette altération de la dent.

UN NOUVEL ANESTHÉSIQUE LOCAL : LA STOVAINE

Par le Dr E. Sauvez,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 9 avril 1904.)

Nous sommes très heureux de pouvoir vous soumettre aujourd'hui un nouvel anesthésique local qui paraît appelé à supplanter le chlorhydrate de cocaïne, jusqu'ici, le meilleur des anesthésiques locaux utilisés dans notre spécialité.

Ce nouveau produit s'appelle « *la Stovaïne*; » c'est une combinaison chimique nettement définie, par conséquent stable et non un mélange instable. Il a été présenté à l'Académie de médecine dans la séance du mardi 28 mars 1904 et a été découvert par un chimiste français, M. Fourneau.

Avant de vous parler de ce nouvel anesthésique, nous ne pouvons nous empêcher de rappeler une phrase tirée du livre si clair et si précis du Dr Reclus (L'anesthésie localisée par la cocaïne).

« La première question qui se pose, lorsqu'on examine » la valeur d'un anesthésique, est le danger qu'il fait » courir, et toute substance nouvelle qui veut se subs- » tituer à une ancienne doit prouver qu'elle est moins » meurtrière. Si la cocaïne provoque autant de décès que » le chloroforme et l'éther, elle est jugée : nul n'en voudra, » quels que puissent être ses autres mérites. »

En conséquence, si nous suivons le conseil de ce maître en anesthésie, la première question qui se pose est d'examiner la toxicité de la stovaïne par comparaison à la toxicité de la cocaïne, d'après les expériences physiologiques faites avec ces deux corps.

Pour que des expériences comparatives aient de la valeur, il est nécessaire que les animaux utilisés soient sensiblement de même âge, de même poids (autant qu'il

possible de la même portée) et qu'ils soient soumis à un régime alimentaire identique. C'est dans ces conditions que les expérimentateurs se sont placés.

Voici quelques-uns de leurs résultats résumés :

Cocaïne-lapin 2 k. 100. Injection d'une solution à 1 o/o par voie intra-veineuse.

3 h. 43′	reçoit	2 c.c.	dans la veine	auriculaire.	
3 h. 55′	—	2 c.c.	—	—	
4 h. 5′	—	2 c.c.	—	—	
4 h. 15′	—	2 c.c.	—	—	
4 h. 25′	—	2 c.c.	—	—	mort instantanée.
		10 c.c.			

Stovaïne-lapin 2 kilogrammes. Injection d'une solution à 1 o/o par voie intra-veineuse.

3 h. 50′	reçoit	2 c.c.	dans la veine	auriculaire.
3 h. 55′	—	2 c.c.	—	—
4 h.	—	2 c.c.	—	—
4 h. 5′	—	3 c.c.	—	—
4 h. 20′	—	2 c.c.	—	—
4 h. 25′	—	2 c.c.	—	—
4 h. 30′	—	2 c.c.	—	—
4 h. 35′	—	2 c.c.	—	—
4 h. 38′	—	1 c.c.	—	—
4 h. 43′	—	1 c.c.	—	—
4 h. 47′	—	1 c.c.	—	—
		20 c.c.		

L'animal a survécu.

Le lapin est un animal très peu sensible à l'action de la cocaïne. Il en est de même pour la stovaïne. Au contraire, le cobaye réagit très vivement à l'intoxication cocaïnique.

Cobaye de 640 grammes reçoit en injection intra-péritonéale 3 c.c. 1/2 de solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 o/o (soit 0,0547 par kilogramme).

L'injection est faite à 5 h. 57, l'animal meurt à 6 h. 16.

Cobaye de 620 grammes reçoit en injection intra-péri-

tonéale 7 c.c. solution stovaïne à 1 o/o (soit o gr. 113 par kilogramme).

L'injection est faite à 6 h. 14, l'animal présente différents accidents, à 7 h. 25 il commence à marcher ; il survit.

Cobaye de 480 grammes reçoit en injection dans les muscles de la cuisse 2 c.c. 4 solution de cocaïne à 1 o/o (soit o gr. 05 par kilogramme).

L'injection est faite à 11 h. 30, l'animal meurt à 11 h. 45.

Cobaye de 390 grammes reçoit en injection dans les muscles de la cuisse 3 c.c. 5 solution stovaïne à 1 o/o (soit environ o gr. 09 par kilogramme).

Injection faite à 11 h. 40, l'animal présente des accidents pendant une demi-heure, puis il se remet complètement.

D'après les essais des expérimentateurs, la dose mortelle de cocaïne pour le cobaye même adulte ne dépasse pas sensiblement o gr. 05 par kilogramme. C'est le chiffre qui est donné par Livon (*Dictionnaire de physiologie* de Richet, article cobaye, 3e volume, page 932). Nous voyons que, même chez les cobayes jeunes, des doses doubles de stovaïne ne produisent pas la mort et qu'il faut atteindre des chiffres beaucoup plus élevés chez les cobayes adultes, ainsi qu'il résulte des expériences citées plus loin.

M. Pouchet donne comme dose convulsivante pour la cocaïne o gr. 07 par kilogramme d'animal. Cette dose convulsivante, ainsi qu'il résulte du texte de l'auteur, est très voisine de la dose mortelle, car, si elle ne donne pas toujours la mort, elle la donne quelquefois. Cette dose doit évidemment se rapporter à l'animal adulte. Dans ces conditions, même en adoptant les chiffres de M. le professeur Pouchet, nous avons le droit de dire que la stovaïne est au moins moitié moins toxique que la cocaïne.

Le pouvoir anesthésique de la stovaïne est facile à constater par son action sur les muqueuses, sur la cornée, en injections intradermiques, etc. Mais elle présente, de plus, certains avantages sur la cocaïne.

M. le professeur Reclus, par ses travaux sur l'anesthésie locale, a rendu la solution de ce problème plus difficile. Il

a, en effet, détruit la légende qui faisait de la cocaïne un corps à toxicité tellement variable avec les individus que l'on ne pouvait jamais, quelque faible que fût la dose injectée, être sûr d'éviter un accident.

En mettant en contact direct la substance avec les extrémités nerveuses, par sa méthode des injections traçantes intra-dermiques, il a donné toute sa puissance au pouvoir anesthésique de la cocaïne ; il en a diminué la toxicité en introduisant l'emploi des solutions étendues. Ce faisant, il montrait qu'avec de faibles doses, judicieusement placées, la chirurgie générale pouvait bénéficier dans une large mesure des avantages de l'anesthésie locale. La cocaïne est devenue, à la suite de ces travaux, un des produits les plus parfaits et les plus sûrs de notre thérapeutique.

Quels sont les inconvénients de la cocaïne qui peuvent encourager les chercheurs à la poursuite d'un succédané ? Ces inconvénients, au point de vue qui nous occupe, sont les suivants :

La cocaïne est un vaso-constricteur. Cette vaso-constriction qui, *a priori*, paraît un avantage (suintement sanguin moins considérable, augmentation du pouvoir anesthésique), est en réalité le phénomène qui a le plus nui à ce médicament. L'anémie des vaisseaux encéphaliques est en effet un des phénomènes de début de l'intoxication cocaïnique. Cette anémie cérébrale vient s'ajouter à la vaso-constriction souvent intense produite par l'effroi du malade à la perspective d'une opération. Cela suffit à expliquer les alertes causées par des doses souvent infinitésimales de cocaïne.

Nous résumerons donc les deux principaux avantages de la stovaïne sur la cocaïne en disant :

1° Le nouveau médicament est beaucoup moins toxique que la cocaïne ; les expériences physiologiques sur le lapin et sur le cobaye montrent que cette différence de toxicité entre les deux corps est très grande ; il en résulte que la cocaïne est au moins deux fois plus toxique que la stovaïne;

2° Le nouveau médicament a une action vaso-dilatatrice, tandis que la cocaïne a une action vaso-constrictive.

Cet avantage est très utile pour notre spécialité, car on sait que l'un des principaux inconvénients de la cocaïne est que nous devons étendre nos malades, si nous sommes obligés de dépasser la dose d'un centigramme pour nos opérations, ce qui peut arriver pour certaines interventions.

Avec la stovaïne, nous ne sommes plus obligés de coucher les malades ; dans les cas difficiles nous pouvons les opérer assis.

Enfin, la stovaïne coûte beaucoup moins cher que la cocaïne.

Il y a environ deux mois que nous avons commencé à utiliser ce produit, c'est-à-dire vers la fin de janvier 1904, sur les conseils du Dr Reclus, qui l'emploie depuis plusieurs mois dans son service et obtient des résultats qui semblent parfaits jusqu'ici.

Nous avons fait avec cet anesthésique, en utilisant une solution à 0.75 o/o, environ une centaine d'extractions au sujet desquelles il nous paraîtrait tout à fait inutile de vous faire une longue description.

Nous avons eu les mêmes résultats, à tous points de vue, qu'avec la solution de cocaïne que nous employons depuis plusieurs années.

Nous n'avons vu aucune menace de syncope ni aucun malaise survenir pendant cette centaine d'opérations et nous n'avons remarqué aucune diminution dans l'anesthésie obtenue.

Nous allons maintenant vous donner connaissance de la communication présentée à l'Académie le 28 mars 1904, par M. Fourneau, chimiste, et M. Billon, pharmacien à Paris, qui détient le nouveau produit.

LA STOVAÏNE

Depuis que Köller a découvert la véritable destination de la cocaïne, bien des essais ont été tentés en vue d'obtenir un produit qui, tout en possédant les propriétés physiques indispensables pour en permettre l'emploi en chirurgie,

serait non seulement aussi actif que la cocaïne, mais moins cher et moins toxique.

On a cherché tout d'abord à établir la constitution de la cocaïne et l'on a pu reconnaître sans trop de peine que cet alcaloïde avait trois fonctions caractéristiques :

1° Fonction amino-tertiaire, provenant d'un noyau pipéridinique ;

2° Fonction alcoolique ;

3° Fonction acide.

En réalité, la fonction acide et la fonction alcoolique sont éthérifiées, la première par un reste alcoolique (alcool méthylique) la deuxième par un reste d'acide (acide benzoïque). Comme il est très facile de séparer de la molécule de cocaïne ces restes alcooliques et acides qui éthérifient respectivement les fonctions existantes et de les remplacer par des restes homologues, comme il est encore plus facile de ne pas les remplacer du tout, on a défini, dans une certaine mesure, le rôle que jouait dans la molécule le groupement fonctionnel primitif, et caractérisé les modifications que lui imprimait l'adjonction de nouveaux éléments.

Si l'on remplace l'acide benzoïque par un acide gras, l'acide acétique par exemple, la nouvelle molécule ne possède pas le pouvoir anesthésique local. Si l'on remplace l'acide benzoïque par un autre acide aromatique, tantôt le pouvoir analgésique est diminué, tantôt il est augmenté, en même temps que la toxicité, tantôt il est supprimé, sans que l'on puisse établir des règles précises au sujet de ces remplacements.

Quant à la fonction acide qui, dans la cocaïne, est éthérifiée par l'alcool méthylique, il est nécessaire qu'elle ne soit pas libre, mais le choix de l'alcool éthérifiant n'a aucune importance. Dans tous les cas, si l'on supprime complètement cette fonction acide, le corps que l'on obtient : la benzoyltropine, n'est pas analgésique, mais la benzoylpseudotropine ou tropacocaïne isomère stéréochimique de la benzoyltropine est analgésique à un degré très élevé.

Armés de ces quelques renseignements, les chimistes ont essayé de créer de toutes pièces une substance qui posséderait le même groupement fonctionnel que la cocaïne ou que la tropacocaïne.

Les travaux les plus intéressants accomplis dans cette voie ont conduit aux deux eucaïnes A et B.

La première possède les trois fonctions de la cocaïne.

La deuxième ne possède pas de carboxyle et se rapproche par conséquent de la tropacocaïne.

Malgré qu'ils soient pourvus d'un pouvoir anesthésique local intense, ces corps n'ont pas répondu aux espérances que l'industrie allemande avait fondées sur eux. Une foule de brevets ont été pris, de grosses sommes d'argent dépensées en pure perte et la cocaïne a continué de triompher.

C'est que les eucaïnes, en dépit des assertions de Gaetano Vinci et de Liebreck, sont aussi toxiques que la cocaïne sinon davantage, ainsi que M. Pouchet l'a démontré. En outre, et M. Reclus l'indique dans la deuxième édition de son ouvrage bien connu sur l'anesthésie locale, l'analgésie qu'elles produisent est moins prompte que celle de la cocaïne et sa durée moindre.

Les inventeurs des eucaïnes ont peut-être eu tort en essayant de se rapprocher aussi étroitement de la cocaïne et surtout en maintenant la conception d'un noyau pipéridinique qui imprime à la molécule qu'il supporte un caractère nettement toxique. Mais, quand on a tendu son esprit pendant de longs mois vers un but unique, il est bien difficile d'échapper à l'espèce de fascination qu'il exerce.

D'ailleurs, en chimie, on n'est pas seulement guidé par des considérations théoriques et, le plus souvent, on est arrêté par des difficultés pratiques insurmontables jusqu'au jour où de nouvelles méthodes de travail, d'autres conceptions, permettent de résoudre un problème dont la solution paraissait impossible.

Jusqu'à ces dernières années, l'industrie allemande, servie par un outillage admirable, aidée par une légion de chimistes habiles et aussi, il faut le dire, par l'appui moral et effectif

de toutes les branches scientifiques et médicales de la nation, a réussi à monopoliser la fabrication des produits pharmaceutiques synthétiques.

En France, une timide réaction se manifeste et quelques industriels plus hardis ou plus confiants que les autres essayent de lutter contre la concurrence étrangère en s'inspirant de sa remarquable technique et de son esprit de suite.

Un chimiste français, M. Fourneau, chef du laboratoire des recherches de chimie organique aux établissements Poulenc frères, a entrepris méthodiquement l'étude de la propriété anesthésique locale et des groupements chimiques qui lui donnaient naissance. A la suite de recherches qu'il serait trop long d'exposer ici, il a réussi à préparer une série de corps (une quinzaine) qui tous possèdent à un très haut degré des propriétés anesthésiques locales. Ces corps appartiennent au groupe des aminoalcools et se distinguent essentiellement des cocaïnes et des eucaïnes en ce sens qu'ils ne possèdent pas de noyau pipéridinique.

L'un d'eux, remarquable par sa simplicité extrême, nous a paru désigné entre tous les autres comme pouvant être susceptible d'applications.

Ce nouvel anesthésique dérive de l'alcool amylique tertiaire et c'est, au point de vue chimique, le chlorhydrate de diméthylamino B, benzoylpentanol ou, plus simplement : le chlorhydrate de l'amyléine AB en lui appliquant la nomenclature préconisée par Ladenburg.

L'amyléine AB se prépare en faisant réagir le chlorure de benzoyle sur le diméthylaminopentanol B, qui est lui-même le produit de la réaction du bromure d'éthylmagnésium sur la miméthylaminoacétone.

L'amyléine AB cristallise en petites lamelles brillantes ressemblant beaucoup au chlorhydrate de cocaïne. Elle fond à 175 degrés. Elle est extrêmement soluble dans l'eau. Les solutions aqueuses précipitent par tous les réactifs des alcaloïdes et jusqu'ici nous n'avons pas trouvé de réactions propres à le faire distinguer facilement de la cocaïne.

L'alcool méthylique et l'éther acétique le dissolvent facilement.

L'alccol absolu n'en dissout que le cinquième de son poids. L'acétone le dissout peu.

Elle est très légèrement acide au tournesol et neutre à l'hélianthine.

Enfin, ses solutions aqueuses sont stérilisables par la chaleur.

L'ébullition prolongée, même pendant une heure, ne l'altère nullement. Après évaporation des solutions on la retrouve intacte et, en fait, il ne se sépare pas trace d'acide benzoïque.

A 115 degrés, en autoclave, les solutions supportent facilement une chauffe de 20 minutes.

Vers 120 degrés, elles sont lentement décomposées.

En somme, sa stabilité ne le cède en rien à celle de la cocaïne.

Les essais physiologiques ont été faits sur divers animaux, grenouilles, cobayes, lapins. Nous ne parlerons ici que des expériences faites sur le cobaye, tant à cause de la sensibilité plus grande de cet animal à l'action de l'amyléine AB que de la facilité de répéter la même expérience un grand nombre de fois.

Toxicité pour le cobaye. — La dose mortelle, en injection sous-cutanée, est très variable suivant le poids de l'animal. Chez les animaux jeunes, dont le poids est compris entre 400 et 500 grammes, on obtient un effet mortel avec 15 centigrammes pour 1 kilog. de cobaye. Chez les animaux plus âgés, dont le poids est compris entre 600 et 800 grammes, la dose léthale est de 20 centigrammes pour 1.000 grammes. La solution d'un titre variant de 1 à 5 0/0 étant faite dans l'eau distillée et injectée rapidement (7″ à 30) par voie sous-cutanée, chez les cobayes de 600 à 800 grammes, la survie après l'injection a été de 6 à 8 heures.

La dose toxique minimale (en injections sous-cutanées), c'est-à-dire la quantité qu'il est nécessaire d'injecter pour provoquer des accidents d'intoxication, est de :

Cobayes de 4 à 500 grammes : 0 gr. 10 pour 1.000, solution eau distillée.

Cobayes de 6 à 800 grammes : 0 gr. 15 pour 1.000.

J'ajoute que les femelles réagissent mieux que les mâles à l'injection et les animaux en digestion mieux que les animaux à jeun.

Description des accidents. — Après injection sous-cutanée sous la peau du dos de la solution à 1 ou à 5 0/0 on observe, lorsque l'injection est faite à dose mortelle (0 gr. 20) ou fortement toxique (0 gr. 18), les symptômes suivants :

A) *Dose mortelle.* — La crise débute 7 à 10 secondes après l'injection. Elle est précédée par un léger trismus qui va en s'accentuant. Deux à trois minutes après l'injection, l'animal semble inquiet. Laissé dans sa cage, il va et vient de droite à gauche, mordillant les barreaux. Libre, cette agitation est plus manifeste ; l'animal recherche les endroits obscurs.

La crise véritable débute par une parésie des membres postérieurs. Peu après, on assiste à de violentes attaques convulsives toniques et cloniques généralisées, se succédant très rapidement et ne présentant aucune rémission jusqu'à la période comateuse qui précède d'une heure à deux heures la mort de l'animal. Le début de ces attaques est habituellement une attaque tonique ; l'animal tombe sur le côté droit ou gauche, les yeux sont largement ouverts, les membres en extension, la nuque rejetée en arrière, en extension forcée. Cette phase tonique de début avec opistothonos peut durer deux à trois minutes. Une phase clonique avec soubresauts convulsifs, mouvements de natation des membres antérieurs et postérieurs, quelquefois crise épileptiforme localisée à un des membres postérieurs ou antérieurs du côté droit, si l'animal est couché sur le côté gauche, et *vice versa,* lui fait suite.

La période tonique du début de la crise peut être de longue durée et l'animal semble tomber en catalepsie. La plus petite excitation suffit d'ailleurs à faire cesser cet état cataleptique. Pendant ces attaques épileptiformes l'animal salive,

mais le flux salivaire est peu abondant; on peut noter également du larmoiement.

En général, lorsque les injections sont faites en se servant de la solution concentrée (5 o/o) il n'y a pas d'émission d'urine. Avec les solutions à 1 o/o, la quantité d'eau injectée étant beaucoup plus considérable, on observe des émissions d'urine fréquentes, mais toujours tardives.

Au point de vue respiratoire, au début de la crise, il se produit une phase dyspnéique assez rapidement abolie; après la dyspnée de début, on observe, lorsque l'injection est faite à dose toxique, une diminution progressive du nombre des mouvements respiratoires. Ils diminuent en même temps d'amplitude.

Quelques heures après le début des accidents (4 à 6 heures, suivant l'animal) le pouls est plus petit, les battements du cœur sont diminués, le rythme respiratoire est très inégal, apnéique.

En même temps les symptômes convulsifs s'amendent, les membres sont en résolution et peu après l'animal meurt par asphyxie.

Pendant toute la durée de la crise, les réflexes cornéen, conjonctival, anal, abdominal, ne sont pas modifiés sensiblement, ils paraissent plutôt exaltés.

B) *Dose toxique minima* (0,15 o/oo chez un cobaye de 6 à 800 grammes). — A cette dose on ne peut obtenir qu'un léger trismus et quelques phénomènes convulsifs localisés à la nuque (Opisthonos rapide).

C) *Dose toxique forte* (o gr. 18 o/oo chez un cobaye de 6 à 800 grammes). — Les symptômes sont les mêmes que pour la dose mortelle, mais ils durent moins longtemps 3 à 4 heures), la crise convulsive s'épuise, l'animal fait effort pour se tenir en équilibre sur ses pattes; il y parvient après quelques insuccès.

Remis dans sa cage, il ne présente aucun phénomène tardif, très souvent même il s'alimente immédiatement après la crise (animaux conservés à jeun 24).

Chez les femelles en gestation, la dose toxique forte, non

mortelle, provoquait une expulsion prématurée des fœtus.

A l'autopsie, on observe de la vaso-dilatation périphérique et de la vaso-dilatation intestinale. Le foie est congestionné, rouge sombre. Fréquemment, la vésicule biliaire est turgescente. Les reins sont également de couleur sombre, la rate ne change pas d'aspect.

On observe de légères hémorragies méningées. Les poumons sont congestionnés, hémorragiques, emphysémateux. Les animaux meurent toujours d'ailleurs avec des symptômes de congestion pulmonaire. Il n'y a pas dans la plèvre modification appréciable du liquide.

Les organes génitaux sont également toujours congestionnés et hémorragiques. Chez les femelles en gestation, nous avons noté des hémorragies placentaires graves.

Dans l'urine prise dans la vessie, on observe des hématies et des leucocytes.

Action sur la température. — L'un des symptômes les plus caractéristiques des injections de doses toxiques est l'action sur la température. Chez les cobayes, celle-ci doit être prise sur les animaux laissés en liberté.

On peut observer un abaissement de température en 4 heures de 8 degrés, ainsi que le montre le protocole expérimental suivant :

Cobaye femelle de 730 grammes reçoit à 1 h. 45 en une seule fois 14 c. c. d'une solution à 1 o/o dans l'eau distillée stérilisée, soit o gr. 20 o/oo.

1 h. 50′	38 degrés	6
2 h. 5′	38	7
2 h. 20′	37	6
2 h. 35′	36	6
2 h. 50′	35	1
2 h. 5′	34	4
3 h. 20′	34	2
3 h. 35′	33	7
3 h. 50′	33	8
4 h. 30′	33	4
5 h. 30′	30	5

L'animal est mort vers 9 heures du soir. Dans cette expérience, l'abaissement de température est d'environ 1 degré pour 15 minutes.

Cette chute de température peut être plus rapide encore, comme l'indique le protocole suivant:

Cobaye femelle de 700 grammes reçoit en injection sous-cutanée 14 c.c. de la solution à 1 o/o dans le chlorure de sodium à 8,5 o/oo. Les prises de température ont été faites régulièrement de 15 minutes en 15 minutes. L'injection est faite à 2 h. 50, la crise débute à 3 heures, la chute de température est de 5 degrés en 1 heure 1/2 (38 degrés 1 à 3 heures, 33 degrés 3 à 4 heures et demie). Le minimum est atteint en 1 h. 45 (32 degrés 7). Il y a alors un état stationnaire, puis une période d'oscillation (souvent observée dans d'autres cas). Vers 8 heures, la température remonte et atteint assez rapidement son point de départ.

Dans cet exemple, l'animal que nous considérions comme devant succomber s'est au contraire rétabli. Dans la nuit, il y avait expulsion prématurée de deux fœtus. Le lendemain, l'animal est en très bon état.

La prise de la température sous-cutanée nous permet de dire dès à présent que les courbes de température rectale et sous-cutanée sont croisées.

La prise de la température rectale était faite très soigneusement avec des thermomètres dits thermomètres à cobaye enfoncés de 6 à 7 centimètres dans le rectum.

Il est bon de faire remarquer que cette chute si intéressante de température ne s'observe qu'avec des doses toxiques fortes.

Chez les animaux injectés de doses toxiques minimales, doses ne produisant que de faibles symptômes convulsifs, on n'observe pas de chute de température sensible.

Nous avons même observé une légère élévation de température chez un cobaye qui avait reçu une dose n'ayant occasionné qu'un peu d'inquiétude sans phénomène convulsif.

Nous signalons encore l'action sur la circulation qui se

traduit par une chute de pression. Cette question est encore à l'étude.

Ainsi qu'on l'a vu, la toxicité de l'amyléine est extrêmement faible comparée aux chiffres qui ont été donnés pour la cocaïne. Elle n'a pas d'action vaso-constrictive. C'est plutôt un vaso-dilatateur.

Nous sommes donc en droit d'espérer que ce produit réalisera un progrès sur la cocaïne.

Nous n'ignorons pas que tous les anesthésiques locaux qui ont envahi la thérapeutique moderne se sont réclamés d'avantages théoriques sur la cocaïne. Pour intéressantes que soient à nos yeux les considérations que nous venons de développer, nous pensons qu'elles justifient simplement la tentative d'une utilisation pratique. Aussi ce sont seulement les résultats d'une étude faite dans leur pratique journalière par les maîtres qui ont bien voulu essayer ce nouvel anesthésique qui ont une valeur réelle.

M. Reclus a bien voulu faire les premiers essais de chirurgie générale. Ces essais, commencés au mois d'octobre 1903, sont encore en cours.

Sur la recommandation de M. Reclus, M. le professeur de Lapersonne, M. Sauvez et M. Chaput ont entrepris également avec ce nouveau produit des essais thérapeutiques.

Les résultats de ces essais nous ont paru assez intéressants pour justifier la présentation que nous faisons de ce nouvel anesthésique.

ANESTHÉSIES LOCALE ET GÉNÉRALE COMBINÉES AU CHLORURE D'ÉTHYLE.

PAR LE Dr A. PONT,
Directeur de l'École dentaire de Lyon.

(Communication faite à la Société d'Odontologie de Lyon, séance du 20 février 1904.)

Depuis qu'on emploie le chlorure d'éthyle en dentisterie, on obtient sans le vouloir, non seulement de l'anesthésie locale, mais aussi de l'anesthésie générale ; c'est même comme cela qu'on a découvert les propriétés d'anesthésie générale du chlorure d'éthyle. Cela remonte déjà loin, puisqu'au Congrès dentaire de Lyon, en 1897, un dentiste de Bâle nous fit des démonstrations d'anesthésie générale au chlorure d'éthyle ; il avait un appareil un peu encombrant, et la chose en resta là ; aussi on continua à employer le protoxyde d'azote et le bromure d'éthyle. Petit à petit, le chlorure d'éthyle se répandit et, depuis lors, on a inventé une foule de masques, parmi lesquels le masque de Robinson et Rolland, celui de M. Siffre, et enfin le masque classique, qui est surmonté d'une boule creuse dans laquelle on pulvérise le chlorure d'éthyle.

A coté du procédé du masque, il y a le procédé de la compresse, que M. Malherbe, au Congrès de 1900, a mis en honneur. Ce dernier procédé est très simple et donne d'excellents résultats.

Ce n'est donc pas là-dessus que je veux vous faire une communication ; je ne vous apprendrais rien de nouveau ni de très intéressant.

Il nous est arrivé à tous, en faisant une anesthésie locale au chlorure d'éthyle, d'obtenir une anesthésie générale, et après l'opération, le patient disait lui-même qu'il s'était endormi.

J'ai cherché à obtenir d'une façon méthodique ce que nous obtenions par hasard. M. Touvet-Fanton, que je suis heureux de citer, a préconisé un procédé qui se rapproche

du mien, et part du même principe : ce procédé consiste à pulvériser d'abord du coryl sur la gencive, puis on termine par des pulvérisations sur la région temporale. MM. Friteau et d'Argent ont fait à cette méthode certaines objections, et je ne veux pas revenir là-dessus.

Dans mes premières recherches, qui remontent à deux ans environ, je mettais dans le nez du malade des bourrelets de coton, sur lesquels je projetais 3 à 5 c.c. de chlorure d'éthyle, et, après quelques inspirations, je pulvérisais du chlorure d'éthyle sur la dent ; ce procédé m'a donné des résultats inconstants.

Voici le mode opératoire que j'ai adopté, et qui me paraît le plus simple, le moins compliqué et sans danger.

Je prends un morceau de gaze de la forme et de la dimension d'une enveloppe ordinaire, je le place dans la bouche un peu en entonnoir, comme si je voulais placer la digue sur une molaire, et au fond de cet entonnoir, je place un tampon de coton du volume d'une grosse noix. Je commande au patient d'ouvrir la bouche le plus largement possible, je pulvérise 3 c.c. environ de chlorure d'éthyle, et lorsque le malade a fait quatre ou cinq aspirations, je commence l'anesthésie locale. Je fais respirer mon malade, et, au bout de 20 à 30 secondes, j'ai obtenu de l'anesthésie locale et un commencement d'anesthésie générale : le sujet perd conscience de l'endroit où il se trouve, mais il peut obéir aux ordres qu'on lui donne, il est analgésie, mais il n'y a pas d'anesthésie générale, la dent est parfaitement anesthésiée, la gencive est blanche, et je peux extraire en une séance deux ou trois dents.

Je pourrais vous lire un grand nombre d'observations de patients après cette méthode, mais je reviendrai plus tard sur cette question, et ferai un travail plus documenté, plus long, que cette courte improvisation.

Je ne prends aucune précaution, je n'ausculte pas mon malade, je le laisse assis sur le fauteuil, je ne lui demande pas s'il est à jeun, je puis opérer aussi bien le soir que le matin. En un mot, je crois que cette méthode est bonne

parce que ce n'est pas une anesthésie générale, elle n'exige aucun préparatif, aucune mise en scène.

Lorsque l'anesthésie générale est indiquée et que nous la proposons à nos patients, beaucoup la redoutent et un grand nombre la refusent.

D'un autre côté, les anesthésiques locaux présentent certains inconvénients, la cocaïne, qu'on emploie à 1 o/o, procure quelquefois des ennuis. Elle n'est pas dangereuse généralement parlant, surtout si l'on prend les précautions formulées par Reclus, c'est-à-dire de ne pas opérer le malade à jeun, de le placer en décubitus dorsal, de le laisser une demi-heure dans le fauteuil la tête basse, de ne pas le laisser partir sans lui donner du café ou un grog, et enfin de ne se servir que de solution à 1 o/o. Mais malgré cela, si l'on n'a pas des accidents dangereux, on a parfois des patients qui sont mal en train, qui ont des tendances aux syncopes pendant les premières heures suivant l'opération, qui trouvent très mauvais qu'on leur ait occasionné ces malaises pour leur extraire une dent, et qui gardent un très mauvais souvenir de l'opération.

J'ajouterai ceci : lorsque vous faites la première piqûre, vous causez une légère douleur, et par cela même vous avez des sujets, surtout les enfants, qui se croient immédiatement obligés de crier. En outre, il faut au moins attendre une minute après la piqûre avant d'opérer votre malade, et il arrive parfois que, pendant cette minute, certains malades timorés, réfléchissent, perdent leurs bonnes résolutions, nous supplient de ne pas extraire leur dent, si toutefois ils ne quittent pas le fauteuil et le cabinet du dentiste.

Personnellement, en pratique, j'emploie très peu la cocaïne, mais je ne rejette ni ne condamne son emploi. A mon avis, en thérapeutique surtout, il ne faut pas être exclusif, il faut adopter toutes les méthodes, en retirer tous les bénéfices, et ne jamais généraliser.

La cocaïne présente donc des avantages et des inconvénients ; je crois cependant que dans les extractions faciles elle peut être remplacée avantageusement par le chlorure d'éthyle.

Avec l'anesthésie locale au chlorure d'éthyle, vous obtenez, dans beaucoup de cas, des résultats excellents ; mais dans d'autres vous obtenez de véritables échecs. Je sais bien que ces échecs peuvent être atténués ou diminués, surtout si l'on opère comme le recommande notre excellent confrère et ami d'Argent ; il n'en est pas moins vrai que nous avons tous entendu des malades et des dentistes se plaindre de l'anesthésie locale au chlorure d'éthyle.

C'est pour cela que j'ai cherché d'autres procédés que ceux que nous employons couramment. J'ai expérimenté les solutions diluées de cocaïne, la nirvanine, la subcutine, etc., mais tout cela n'avait pas donné des résultats parfaits. Avec le procédé que je vous ai décrit (analgésie générale et anesthésie locale combinées au chlorure d'éthyle) j'ai toujours obtenu de très bons résultats. On peut, par cette méthode, obtenir tous les états intermédiaires entre l'anesthésie locale pure et simple et l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

Je vous montrerai le procédé que je serai très heureux de vous voir employer. Je vous demanderai, dans ce cas, de me faire part de vos résultats et de vos observations.

Je le répète, cette méthode est très simple, elle n'est pas dangereuse puisque vous faites respirer seulement 3 c.c. de chlorure d'éthyle, elle ne demande aucune mise en scène et permet d'opérer rapidement sans perte de temps.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE LYON

Séance du 20 *février* 1904.

La séance est ouverte à 9 heures, sous la présidence de M. Eugène Bonnaric, président sortant, qui, après quelques paroles résumant les travaux de l'année 1903, cède la présidence à M. J. Vichot.

Allocution du président, M. Vichot.

Messieurs,

Chaque année, selon l'usage établi depuis la fondation de la Société d'Odontologie, un nouveau président est nommé.

Désigné pour remplir ces délicates fonctions pendant l'année 1904, j'y mettrai tout mon dévouement et je compte sur tous mes confrères pour me faciliter cette tâche.

Lorsqu'en 1899 fut fondée l'Ecole dentaire de Lyon, la Société d'Odontologie fut créée comme organe indispensable à notre école.

En effet, si cette dernière avec son dispensaire forme la partie essentielle, l'organe vital par excellence de notre groupement, la Société d'Odontologie en est le cerveau scientifique.

Les réunions professionnelles consacrées à l'étude de notre art servent aussi à nous faire connaître les uns les autres, à nous estimer mutuellement, et enfin à créer dans notre région cette émulation grâce à laquelle l'art dentaire a progressé si rapidement en France depuis vingt-cinq ans.

Avant la création de l'Ecole dentaire de Paris, les groupements professionnels n'existaient pas. Certains de nos confrères, fiers de leur savoir, veillaient à ce qu'aucun de leurs procédés ne franchît le seuil de leur laboratoire ou de leur cabinet ; d'autres, mal guidés, travaillaient sans méthode, s'égaraient dans leurs recherches et dépensaient en efforts infructueux une ardeur qui aurait pu profiter à tous ; enfin la majorité d'entre eux, peu habitués aux travaux scientifiques, cantonnaient presque entièrement l'art dentaire dans les limites du laboratoire et se désintéressaient de tout.

Un groupement fut formé. Qu'en résulta-t-il ? Le besoin de travailler et le désir de ne pas rester en arrière.

Chacun de nous doit produire quelque travail, à apporter dans nos réunions le résultat de ses observations journalières. La discussion de ces observations met en lumière divers procédés ou méthodes qui ne doivent plus être le patrimoine d'un seul, mais le bien de tous.

En faisant connaître nos innovations, nous travaillons à augmenter le bagage scientifique de notre profession.

Cette année, Messieurs, je veux essayer de joindre à nos séances purement théoriques des démonstrations pratiques. Les communications se feront un samedi, les démonstrations auront lieu le lendemain matin dimanche, pour que tout le monde puisse y assister.

De cette façon, chacun selon ses moyens, selon ses goûts, pourra théoriquement ou pratiquement apporter une pierre si petite soit-elle, à la construction de l'édifice professionnel.

J'espère, Messieurs, que notre ville de Lyon, qui, comme le disait le Dr Guillot dans son discours à la séance de distribution des récompenses, s'est illustrée dans tous les arts et dans toutes les sciences, se distinguera également par sa Société d'Odontologie.

De l'emploi des succions dans les appareils a plaques, par M. Bonnaric.

J'ai fort peu de mots à dire sur cette question, car à mon avis, l'emploi des succions a fini d'exister.

Les succions n'ont qu'un but : faire tenir un appareil construit sur une empreinte douteuse.

La succion déforme la muqueuse du palais, mais permet de faire adhérer la plaque ; or, comme nous avons maintenant des substances qui nous permettent de prendre exactement le modèle, la succion devient naturellement inutile.

J'ai apporté un modèle d'empreinte au plâtre, d'un palais très plat, sur lequel j'ai construit un appareil sans succion qui tenait tellement bien, que la malade ne le sortait qu'avec efforts.

Les succions irritent les muqueuses à tel point que certaines personnes ne peuvent pas les supporter.

Nous avons deux modèles de succion : une que vous connaissez bien due à Durif et qui est très employée, et une autre succion, la succion d'Harlem, qui est constituée par une rondelle en caoutchouc mou, grâce à laquelle l'appareil reste toujours comme suspendu au palais.

Pour se servir de ces succions, il faut autant qu'il est possible tailler leurs bords en biseau ; plus tard on pourra arrondir ces bords.

En prenant les modèles au plâtre il n'y a plus, je le répète, besoin d'aucune succion.

Discussion.

M. Pont. — Depuis longtemps je n'emploie plus les succions, parce

que, en effet, elles ne sont guère utiles lorsqu'on prend une bonne empreinte au plâtre.

Cependant il y a quelques cas où l'on doit employer la succion.

En présence d'un malade à laquelle vous avez dû faire de nombreuses extractions, et qui désire se faire placer immédiatement un appareil complet du haut, vous avez avantage à faire une succion. Vous prenez votre empreinte, et, dans les huit jours qui suivent l'opération, la bouche a tellement changé que l'appareil ne s'adapte presque plus ; si vous n'avez pas fait de succion, l'appareil ne sert plus,et vous perdez le bénéfice de votre appareil provisoire.

Dernièrement M. Touvet-Fanton a décrit une succion spéciale qui me paraît pratique.

Personnellement, j'ai fait une petite succion qui rappelle un peu celle de M. Touvet-Fanton. Au lieu de faire venir la muqueuse dans l'appareil, je voulais faire venir l'appareil vers la muqueuse. Sur un appareil avec plaque en or, je mis simplement une mince couche de caoutchouc mou que j'empêchais d'être adhérente à la plaque en or, de telle sorte que, lorsque le malade faisait succion, c'était la lamelle de caoutchouc mou qui venait s'appuyer contre la muqueuse. J'ai employé cette succion dans deux cas d'appareils provisoires : elle m'a donné de bons résultats.

La plupart des succions sont bonnes : elles agissent toutes de la même façon, il faudrait faire des réserves pour certaines succions brutales, qui agissent avec beaucoup de force, de telle sorte qu'il y a un véritable décollement de la muqueuse.

Je signalerai en passant une succion que M. Vichot et moi nous avons vue au Congrès de Madrid.

Elle s'applique à la mâchoire supérieure ou inférieure ; elle permet de faire, en haut, un appareil qui a une plaque aussi étroite que celle d'un appareil inférieur ; on creuse cette vaste succion, en rapport avec la crête alvéolaire : dans toute la partie de l'appareil, il n'y a que les bords sur une épaisseur de 2 à 3 millimètres, qui reposent sur la muqueuse ; tout le reste forme succion. Un petit tube est noyé dans le caoutchouc, en arrière de la première molaire, et fait communiquer la cavité formant succion avec une petite ampoule en caoutchouc mou ; le malade comprime ces ampoules, met son appareil en place, laisse dilater les deux ampoules qui font ainsi le vide, et l'appareil tient très solidement.

Cette succion me paraît avoir les avantages suivants :

1° Elle diminue le volume de la plaque de l'appareil supérieur ;

2° Elle s'applique sur la crête alvéolaire, où la muqueuse est très adhérente et ne se laisse pas facilement décoller.

M. Soulard. — Je ne crois pas que la succion dont vient de parler M. Pont ait un effet de longue durée ; elle doit irriter la muqueuse et ces ampoules de caoutchouc mou doivent se détériorer très facilement.

M. Ravet. — La succion ne peut donner de résultats qu'après des extractions récentes. L'appareil, au bout de cinq ou six jours, commence à avoir des mouvements de bascule, il porte sur le centre du palais, et

ne tient pas ; lorsqu'on met une succion, ce mouvement de bascule se produit moins, et l'appareil provisoire a des chances de fonctionner plus longtemps.

Sur un cas d'ostéite du maxillaire inférieur. Utilité de la radiographie.

M. Pont. — J'ai observé dernièrement un cas d'ostéite du maxillaire inférieur, compliqué d'un abcès menaçant de s'ouvrir sous la peau ; cette observation, évidemment, n'est pas intéressante par elle-même, parce que nous avons tous l'occasion d'observer des cas semblables, mais il m'a été donné d'employer la radiographie, et comme elle m'a donné un bon résultat pratique, je crois utile de vous faire cette communication.

Depuis l'utilisation de la radiographie et de la radioscopie en médecine générale, certains dentistes se sont occupés des avantages que l'art dentaire pourrait retirer des rayons X.



Je ne citerai que pour mémoire les travaux de Morton, de Godon, de Pietkiewicz (Congrès international de médecine de 1900), de Guye (Congrès de Madrid). Tous ces auteurs ont montré longuement les avantages que nous pouvions retirer, dans de nombreux cas, de l'examen radioscopique des dents ou des maxillaires, et, à l'heure actuelle, il serait superflu de revenir encore sur cette question. Je n'ai d'autre but que de montrer qu'une épreuve radiographique peut nous rendre service pour établir notre diagnostic et pour nous faciliter le traitement.

Madame X..., demeurant dans une ville des environs de Lyon, me fut adressée, il y a deux mois, par son gendre, M. le D[r] G. Cette malade ressentait une douleur diffuse dans le côté gauche du maxillaire inférieur et se plaignait de douleurs analogues à celles de la

périostite. Mais il n'y avait ni gonflement, ni rougeur de la gencive ou de la peau ; la pression, à deux centimètres en avant de l'angle du maxillaire, était un peu douloureuse. A l'examen des dents, la première molaire était intacte, la dent de sagesse et la deuxième molaire absentes. La malade, que j'interrogeai, me déclara avoir éprouvé pendant plusieurs mois des douleurs au niveau de la dent de sagesse inférieure gauche. Le dentiste qu'elle avait consulté à cette époque jugea nécessaire l'extraction de ces deux molaires. La dent de sagesse fut enlevée sans accident, mais l'extraction de la deuxième molaire fut incomplète,et la malade ne peut me dire s'il restait encore une ou deux racines. Je fis l'examen soigneux de la région, et je ne pus découvrir qu'une seule racine,dont je fis l'avulsion séance tenante, sous le protoxyde d'azote. J'ordonnai des gargarismes antiseptiques et recommandai à la malade de revenir me trouver si les symptômes douloureux n'étaient pas amendés au bout de deux ou trois jours.

A cette époque, le Dr G. me fit savoir que les symptômes douloureux avaient persisté et que des symptômes d'ostéite du maxillaire s'étaient déclarés. Comme j'avais fait des réserves sur l'existence possible d'une deuxième racine, je fis faire l'examen radiographique.

Cet examen nous montra qu'une des racines de la deuxième molaire était restée incluse dans l'alvéole et était allongée horizontalement d'arrière en avant. L'intervention sous anesthésie à l'éther fut immédiatement décidée, d'autant plus que, depuis deux jours, il s'était formé, à deux centimètres en arrière du trou mentionner, un abcès sous-cutané du volume d'une grosse noix. A son niveau, la peau était rouge, tendue, amincie, et la fluctuation était très nette.

Je pratiquai une incision sur la crête alvéolaire de deux centimètres environ, puis, à l'aide d'une rugine, je décollai la muqueuse et le périoste, je pus ainsi très facilement introdu re les mors d'un davier et extraire la racine à la première tentative. Je fis ensuite l'incision de l'abcès sous-cutané, j'en fis le curettage, le drainage, puis le pansement. J'ordonnai des gargarismes antiseptiques, et, huit jours après, la malade était complètement guérie.

Il est certain que, sans la radiographie, il m'aurait été difficile de porter un diagnostic ferme, et par conséquent d'opérer pour ainsi dire à coup sûr. Je pus, grâce aux rayons X, non seulement toucher du doigt, en quelque sorte, la cause de l'ostéite et de l'abcès, mais une fois la malade endormie, je n'eus pas besoin de faire une trop grande incision ni de trop grands dégâts pour chercher la racine, et il me fut facile d'extraire, sans l'avoir vu, le fragment radiculaire.

A côté de cas semblables, la radiographie nous rendra encore de grands services lorsqu'il s'agira de reconnaître la direction des racines, l'existence de corps étrangers dans le sinus, les décollements du périoste dans la pyorrhée, etc.

DISCUSSION.

M. Soulard. — La radiographie n'est pas seulement nécessaire dans ce cas, pour reconnaître la forme et la position d'une racine incluse dans le maxillaire, mais aussi pour reconnaître la présence des dents permanentes, qui n'ont pas évolué : chez un enfant, par exemple, qui conserve des dents de lait à un âge avancé, la radiographie permet de reconnaître la présence des dents de remplacement.

M. Pont. — M. Soulard a fait récemment radiographier par le Dr Destot une de ses patientes. Il s'agissait d'une malade adulte, qui avait encore une canine supérieure temporaire. Cette dent avait une vilaine forme, et l'on se demandait si par-dessous il y aurait bien la canine permanente. La radioscopie montra que la canine était prête à évoluer ; on fit l'extraction de la canine temporaire, et la dent permanente évolua.

M. Soulard. — J'avais, à l'âge de 20 ans, une canine de lait à la mâchoire supérieure. J'avais l'idée que ma dent permanente devait être dans le maxillaire, et je me décidai à faire enlever la dent de lait ; six mois après ma dent est apparue. Si l'on avait eu la radiographie, on aurait agi bien plus sûrement.

M. Vichot. — Pour mon compte personnel, j'ai eu l'occasion de voir, il y a quelques années, une malade, âgée de 50 ans environ, n'ayant plus une seule dent au maxillaire supérieur depuis plus de dix ans. Elle accusait, au niveau de la crête alvéolaire, une douleur qui variait d'intensité selon la température et les différentes phases de son état général.

En explorant sa gencive avec un stylet, je ne fus pas peu surpris de rencontrer un corps lisse, semblable à l'émail d'une dent ; il s'agissait d'une canine incluse dans le maxillaire, j'en pratiquai l'avulsion, mais il est certain que si j'avais eu la radiographie à ma disposition, j'aurais mené l'opération plus sûrement.

Au sujet des corps étrangers dans le sinus, j'eus l'occasion de soigner, il y a deux ans, un jeune homme de 25 à 30 ans, présentant tous les symptômes d'une sinusite maxillaire supérieure gauche, avec absence de la première molaire. J'ouvris le sinus à la place de cette dent ; je traitai la sinusite selon les moyens classiques ; mais je fus fort surpris de n'avoir absolument aucun résultat. Je finis par décider mon malade à faire une intervention chirurgicale plus importante : un curettage du sinus. Sur ces entrefaites, je restai pendant quelques jours sans voir mon malade. Il revint un jour chez moi, en me présentant une dent nécrosée dont tout l'émail avait disparu. Il me dit qu'il avait eu, dans la journée, l'impression d'un corps étranger s'agitant dans son sinus. Tout à coup, en éternuant, il sentit quelque chose dans la gorge. C'était sa première molaire, qui, au moment de l'extraction, avait disparu sous l'effort de l'opérateur et s'était logée dans le sinus.

Si j'avais eu la radiographie à ma disposition, j'aurais pu diagnostiquer au début la présence de ce corps étranger dans cette cavité.

Je remercie M. Pont de cette communication, d'un caractère particulièrement scientifique ; j'espère que ses recherches à ce sujet ne

s'arrêteront pas là, et que nous aurons le plaisir d'avoir d'autres communications de ce genre.

ANESTHÉSIES LOCALE ET GÉNÉRALE COMBINÉES AU CHLORURE D'ÉTHYLE, PAR LE Dr PONT, DIRECTEUR DE L'ECOLE DENTAIRE DE LYON.

Cette communication est publiée p. 399.

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE PAR LE CHLORURE D'ÉTHYLE, PAR M. LE Dr GAU.

L'intéressante communication de M. le Dr Pont me fournit l'occasion d'insister sur les avantages très appréciables de l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

Depuis le mémoire de Malherbe, les expériences ont été poursuivies partout et de nombreuses publications sont venues apporter d'intéressantes contributions à la question.

Le chlorure d'éthyle a maintenant son histoire, et je n'ai pas la prétention de venir vous raconter tout ce qui a été dit à son sujet.

Pour l'instant, me basant sur les 600 observations publiées dans la thèse de son ami le Dr Rabejac et qui sont le fruit de notre expérience personnelle à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, je me contenterai de vous rappeler les avantages pratiques de l'administration du kélène.

La technique en est très simple, et le sommeil est obtenu rapidement.

Une dose de 4 à 5 c. c. suffit généralement, et l'on peut par des doses successives, prolonger l'anesthésie.

Mais ce qu'il y a peut-être de plus remarquable et qui n'a pas été signalé par tous les observateurs, c'est la période d'analgésie manifeste qui succède à la période d'anesthésie.

Je me rappelle notamment le cas d'une jeune ouvrière qui se présenta à l'Hôtel-Dieu avec une plaie pénétrante de la paume de la main, produite par une aiguille. La plaie contenait un fragment métallique. On fit l'anesthésie au chlorure d'éthyle et l'on pratiqua l'opération assez délicate d'un corps étranger au niveau des arcades artérielles palmaires.

Une seule dose suffit. La malade se réveilla, causa à l'entourage et nous pûmes continuer la laborieuse recherche du fragment sans réveiller la douleur. La malade sentait la contact des instruments, mais ne souffrait pas : cela dura une dizaine de minutes. Cette analgésie de retour est donc remarquable.

De plus, le kélène présente d'autres avantages. Il n'est pas nécessaire que le malade soit à jeun. Il nous est arrivé, à la fin d'une matinée opératoire, de faire venir à la salle d'opérations, des malades qui suspendaient leur repas pour permettre une intervention chirur-

gicale. On faisait l'anesthésie au chlorure d'éthyle, et l'opération finie, le malade se levait tout seul, s'habillait et allait reprendre le cours de son repas. Presque jamais il ne se produisait de vomissements.

Sans vouloir prétendre que l'on doit négliger les contre-indications habituelles de l'anesthésie générale, on peut reconnaître que ce mode d'anesthésie ne réclame pas la prudence qu'exigent les autres anesthésiques.

M. Vichot. — Je remercie tout particulièrement MM. Pont et Gau d'avoir bien voulu nous faire part de leurs observations sur le chlorure d'éthyle.

Séance du 21 *février* 1904.

Démonstrations pratiques.

I. — Anesthésie locale. Cocaine et adrénaline. Procédé par instillation, par M. Vichot.

1er *cas.* — Mme X..., 45 ans, nerveuse, craintive. Extraction de l'incisive latérale supérieure gauche. A l'aide de la seringue du Dr Granjon 0 gr. 003 mil. de chlorhydrate de cocaïne et 1/20 de milligramme de chlorhydrate d'adrénaline sont injectés au niveau de la racine à extraire. Résultat anesthésique bon.

2e *cas.* — Mme X..., 55 ans, très pusillanime, est prise avant l'opération d'un tremblement général des membres. Extraction des racines des deux prémolaires inférieures gauches. L'injection de cocaïne et d'adrénaline est faite dans les mêmes proportions que dans le premier cas. L'extracion est faite sans aucune douleur.

II. — Anesthésies locale et générale simultanées au chlorure d'éthyle, par M. le Dr Pont.

1er *cas.* — Mlle X..., 25 ans environ. Extraction de la première molaire inférieure droite et de la première molaire supérieure droite. Après avoir obturé les orifices du nez, avec des bourrelets de coton, un morceau de gaze est placé dans le fond de la bouche, en forme d'entonnoir. Dans le fond de cet entonnoir, on pulvérise, sur une boulette de ouate placée à cet effet, environ deux centimètres cubes de chlorure d'éthyle. A ce moment M. Pont recommande à sa malade de respirer fortement, et pulvérise en même temps du chlorure d'éthyle sur la gencive au niveau de la dent à opérer.

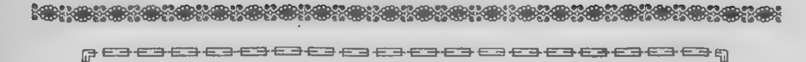
Lorsque la pupille se dilate, lorsque la muqueuse gingivale est blanche, M. Pont pratique sans douleur les deux extractions.

2e *cas.* — M. X..., 17 ans environ. Extraction des deux molaires inférieures gauches. M. Pont procède exactement de la même façon que pour le premier cas, même résultat. L'analgésie semble se prolonger plusieurs minutes après l'opération.

III. — DÉVITALISATION DE LA PULPE, PAR LE Dr DALBAN, DE GRENOBLE.

M. X..., pulpite subaiguë de la deuxième prémolaire inférieure droite. M. Dalban introduit sur la pulpe dénudée un mélange de chlorhydrate de cocaïne et d'alcool, puis, à l'aide d'un tampon de gutta-percha, il obture hermétiquement la cavité et par une poussée lente et progressive oblige le sel de cocaïne à pénétrer dans les tissus de la pulpe atteinte d'infection. Après avoir maintenu la gutta-percha 3 à 4 minutes, M. Dalban retire le tout : il peut ouvrir la chambre pulpaire et extraire les filets vasculo-nerveux radiculaires, sans aucune douleur.

M. Dalban ajoute que ce procédé ne peut s'employer que dans les pulpes n'ayant pas donné lieu à des phénomènes de pulpite intense.



Revue des Sociétés savantes

Société Anatomique.

29 janvier 1904.

Fracture spontanée du maxillaire. — *M. Cornil* a fait des préparations histologiques du maxillaire présenté par M. Buvat dans la séance antérieure (fracture spontanée du maxillaire inférieur chez un paralytique général). Or, il n'y a pas trace de gomme syphilitique sur les coupes.

5 février 1904.

Angiome de la lèvre. — *M. Morestin* montre un angiome de la lèvre supérieure; la tumeur occupait la partie moyenne de la lèvre; elle est constituée par un angiome caverneux. M. Morestin insiste sur l'avantage qu'il y a, au point de vue esthétique, à opérer ces lésions par la voie endo-buccale.

M. Cornil a fait des coupes de cet angiome qui, au microscope, apparaît formé par des capillaires dilatés irrégulièrement et tapissés par un endothélium, mais sans paroi conjonctive propre. Il n'existe aucune tendance à l'encapsulement.

Tuberculose labiale. — *M. Morestin* communique deux cas de tuberculose labiale. Le premier concerne une tuberculose de la lèvre inférieure, développée au niveau du sillon gingivo-labial. Il n'existait pour ainsi dire pas de douleur. L'examen histologique, pratiqué par M. Cornil, a permis de vérifier qu'il s'agissait bien de tuberculose.

Dans le deuxième cas, une petite ulcération douloureuse siégeait également au niveau de la lèvre inférieure.

M. Morestin proclame la nécessité de pratiquer en pareils cas une ablation assez large, étant donné que l'examen histologique a montré que les lésions s'étendaient assez profondément.

12 février 1904.

Ostéomyélite de la mâchoire. — *M. Morestin* communique un cas d'ostéomyélite de la mâchoire inférieure, observé chez une femme âgée. L'os était réduit à une série de petits fragments baignant dans le pus.

Autoplastie esthétique. — *M. Morestin* expose une série de faits concernant l'emploi opératoire, dans un but esthétique, de lambeaux cutanés recouverts de poils. Chez un malade qu'il présente à la Société, il a pu refaire une lèvre supérieure avec une véritable moustache, au moyen de lambeaux prélevés au niveau des joues.

26 février 1904.

Tumeur de la parotide. — *M. Bouchet* montre une petite tumeur développée par récidive au niveau de la partie antérieure de la parotide. Il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire.

11 mars 1904.

Tuberculose de la langue. — *M. François-Dainville* présente un cas de tuberculose verruqueuse de la langue. La tumeur était formée par de petites papilles circonscrites par des fissures; il existait un assez grand nombre de granulations tuberculeuses. l'examen bactériologique a décelé des bacilles de Koch.

Papillome de la luette. — *M. François-Dainville* montre un papillome simple de la luette; celle-ci était assez allongée pour venir au contact des arcades dentaires.

(*Presse Méd.*)

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

4 février 1904.

Ulcérations de la langue. — *M. Danlos.* L'un de nos deux malades

présente une ulcération tuberculeuse caractéristique avec bords déchiquetés, fond atone et irrégulier, points et taches jaunâtres autour et au fond de l'ulcère. Notre autre malade est plus embarrassant : sa langue est volumineuse, indurée dans l'ensemble, sans qu'on y puisse distinguer de différences de consistance. A sa face inférieure existent de petites ulcérations peu caractéristiques. S'agit-il d'épithéliome, de syphilis ou de bacillose?

M. Fournier. Je crois que ces deux malades sont deux tuberculeux; pour le second il y a une difficulté qui tient à ce que l'ulcération est indolore, tandis que l'ulcère tuberculeux lingual passe pour être toujours douloureux; cette règle a des exceptions, il y a des ulcères tuberculeux torpides et indolores. Les ulcérations miliaires de la face inférieure de la langue appartiennent plus à la tuberculose qu'à la syphilis.

M. Du Castel. J'ai soigné une femme qui avait autour de l'ulcère lingual les granulations jaunes regardées comme spécifiques de tuberculose. Or, chez cette malade, le traitement antisyphilitique amena la guérison, mais les douleurs intenses continuèrent. Il y a donc une variété de syphilis linguale qui simule par la douleur et par ses grains miliaires la tuberculose linguale.

Sur un cas de lichen plan buccal. — *MM. H. Hallopeau* et *François-Dainville.* Ce fait est remarquable par la circonscription des altérations à la muqueuse buccale, par leur nombre relativement considérable sur le dos de la langue, par les larges dimensions qu'elles y atteignent, par leur confluence partielle en bandes allongées, par la saillie de leur bord qui semble bien constituer une zone d'extension, par la présence dans leurs aires de saillies papillaires entourées de zones blanchâtres et nacrées, par l'absence complète de stries étoilées, par la fermeté de leur consistance, par leur résistance à des cautérisations réitérées avec le nitrate acide de mercure. Les auteurs se proposent de traiter cette maladie par des attouchements réitérés avec une solution de permanganate de potasse aussi forte que la malade pourra la supporter.

Trois cas de stomatite aphteuse. — *M. Chompret.* Il s'agit de trois enfants de dix ans, sept ans et un an. Début par congestion buccale, fièvre, céphalée, et enfin le troisième jour éruption typique avec les accidents fonctionnels locaux ordinaires. Le second des enfants a été atteint de poussée herpétique de la joue en même temps, le troisième a en plus une ulcération de stomatite ulcéro-membraneuse. Il y aurait une épidémie d'école expliquant cette stomatite.

M. Darier déclare qu'il s'agit de lésions de stomatite impétigineuse et non d'aphtes.

(Presse médicale.)

Chancre mou de la lèvre inférieure. — *M. G. Roussy.* Je vous présente, au nom de M. J. Darier et en mon nom, une jeune femme atteinte d'un chancre mou de la lèvre inférieure. Trois semaines avant sa première visite à l'hôpital, la malade avait constaté en ce point un bouton, qui s'est ulcéré, a abondamment suppuré et a creusé jusqu'à la couche musculaire, en s'étendant de façon à atteindre les dimensions d'une pièce d'un franc; en même temps apparaissait une adénopathie sus-hyoïdienne, limitée à un seul ganglion. La forme ronde de l'ulcère, son fond jaunâtre et vermoulu, sa base non indurée constituaient autant de signes favorables au diagnostic de chancre simple. L'examen microscopique du pus a montré la présence de microorganismes en tout semblables au bacille de Ducrey-Unna. Cependant une inoculation au bras, faite, il est vrai, un mois après le début de la lésion, est restée négative.

La cicatrisation de cette ulcération est aujourd'hui très avancée, grâce à des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent à 1 o/o.

M. A. Fournier. Il est heureux que la bactériologie nous permette ici d'établir le diagnostic; sans quoi la nature de la lésion resterait douteuse en l'absence d'inoculation positive: les innombrables expériences de Ri-

cord sur ce point semblent bien démontrer que le chancre simple est réinoculable jusque dans ses dernières périodes.

Tuberculose primitive de la langue. — ***M. Danlos.*** Voici un malade, ne présentant aucun symptôme physique ou rationnel de tuberculose viscérale, qui porte depuis trois ans, sur le dos de la langue, des ulcérations profondément fissuraires, à bords déchiquetés, à fond membraneux, grisâtre, avec quelques bourgeons charnus. On constate, en outre, des exulcérations miliaires sur la face inférieure de la langue, près de la pointe; une infiltration diffuse de l'organe (macroglossie), moins dure que dans les cas de syphilis ou de cancer; enfin, des adénopathies au-devant du sternomastoïdien.

Je crois à une tuberculose primitive de la langue à cause de l'apparence profondément fissuraire et déchiquetée des grandes ulcérations et de la présence de petites érosions miliaires. D'ailleurs, la multiplicité des foyers ulcéreux, l'absence d'induration vraie, l'indolence, l'évolution lente excluent l'idée de cancer; l'aspect des lésions, l'absence d'antécédents spécifiques ne plaident pas en faveur de la syphilis.

M. A. Fournier. La macroglossie appartient en effet à la tuberculose, comme à la syphilis; ainsi que l'a rappelé M. Danlos, dans la syphilis la consistance de l'organe due à l'infiltration scléreuse est véritablement ligneuse, tandis qu'elle est beaucoup moindre dans la tuberculose. J'accepte donc le diagnostic de notre collègue, mais je crois prudent d'essayer l'action du traitement spécifique.

(Semaine médicale.)

7 janvier 1904.

Lichen plan localisé à la bouche. — ***M. Druelle.*** Sur la langue se voient de petites plaques rondes de blancheur porcelainique; sur la muqueuse des joues existent des placards circinés du même aspect. Les lésions sont limitées à la cavité buccale; il n'y a aucun élément de lichen sur les téguments.

Inclusion dentaire prise pour une gomme syphilitique. — ***M. Chompret.*** Ce syphilitique, traité depuis longtemps, sans accidents, se présenta un jour à son medecin avec une tuméfaction du maxillaire et de la crépitation parcheminée. On porta successivement le diagnostic de gomme, puis de nécrose du maxillaire d'origine syphilitique. Nous l'avons examiné et nous avons trouvé qu'il souffrait seulement d'inclusion dentaire, ce que démontre une radiographie présentée à la Société.

(Presse médicale.)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

29 février 1904.

Le microbisme salivaire normal. — ***MM. A. Gilbert*** et ***A. Lippmann.*** Nous exposons les résultats d'une série de recherches microbiologiques entreprises sur le canal de Sténon du chien. Laissant de côté la portion buccale de ce canal par trop riche en microorganismes, nous avons fait porter notre étude sur la portion moyenne, sur la portion supérieure (glandulaire) du conduit, sur le parenchyme glandulaire enfin. Les prises pratiquées avec toute l'asepsie désirée et grâce à une technique opératoire fort simple, furent répétées dans trois conditions différentes d'expérimentation : à égale distance des repas ; en pleine période d'activité glandulaire, l'animal surpris en mastication, et à l'état de jeûne prolongé. Nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

I. A l'état normal, le canal de Sténon est envahi par une flore microbienne extrêmement abondante ; cet envahissement microbien, principalement accusé au niveau de l'ouverture buccale du conduit, occupe toute la hauteur du canal ; très marqué encore dans la zone moyenne, il s'atténue progressivement à mesure qu'on remonte vers la glande parotide.

II. Les canalicules intra-glandulaires, le parenchyme glandulaire sont stériles.

III. Le microbisme salivaire est

surtout constitué par les germes anaérobies. Ceux-ci l'emportent de beaucoup, par leur constance, leur nombre et leur variété, sur les germes aérobies.

IV. Ce microbisme est susceptible de certaines variations suivant l'état d'activité ou de repos de la parotide. Pendant la mastication, sous l'action sans doute du balayage mécanique exercé par le passage de la salive, l'on constate une notable diminution du nombre des microorganismes. Le jeûne prolongé paraît avoir une action diamétralement opposée.

Etiologie de la stomatite ulcéro-membraneuse primitive. — *M. H. Vincent.* La symbiose fuso-spirillaire dont je me suis attaché à faire l'étude a été considérée comme l'agent déterminant exclusif de la stomatite ulcéro-membraneuse primitive à la suite de nombreux travaux.

Mes recherches ne concordent pas avec cette opinion. L'infection mixte précédente ne peut être considérée comme la cause univoque de la stomatite primitive, pas plus qu'elle n'est le seul facteur étiologique de toutes les angines ulcéro-membraneuses.

En effet, sur vingt et un cas de stomatite idiopathique que j'ai étudiés, cette double infection n'était en cause que dix fois. Cette stomatite fuso-spirillaire est fréquemment sous la dépendance de l'évolution dentaire. Le streptocoque peut la compliquer et provoquer alors des accidents infectieux. Un deuxième groupe de stomatites (4 cas) avait une origine polymicrobienne.

Enfin les stomatites primitives sont assez souvent sous la dépendance des bactéries pyogènes (staphylocoque, streptocoque, tétragène). J'en ai observé sept cas.

Un fait important, c'est que l'individualité clinique de ces diverses formes de stomatite n'a pas une grande fixité qui permette d'en faire le diagnostic étiologique. Telle stomatite à pyocoques peut ressembler cliniquement à une stomatite fuso-spirillaire. Seule, cette dernière forme a une symptomatologie bien constante.

En conséquence, lorsqu'on veut faire le traitement des stomatites, il paraît nécessaire de leur appliquer les mêmes principes d'étude qu'aux angines en général : l'examen microscopique et la culture de l'exsudat sont indispensables.

(*Presse méd.*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 décembre 1903.

Volumineux angiome de la lèvre inférieure ; extirpation et chéiloplastie. — *M. Faure* fait un rapport sur cette observation communiquée par ***M. Morestin.*** Il s'agissait d'un énorme angiome occupant toute la lèvre inférieure et s'étendant quelque peu au delà vers le menton et la partie adjacente des joues.

Après avoir enlevé le mal aussi largement qu'il est possible, et pour combler la vaste perte de substance s'étendant jusqu'au bord inférieur du maxillaire, M. Morestin tailla de chaque côté, aux dépens de la partie inférieure de la joue, un large lambeau qui, rabattu horizontalement, fut suturé sur la ligne médiane à celui du côté opposé. Mais M. Morestin ne borna pas là son intervention : grâce à une incision ingénieuse il sut reconstituer du même coup, avec la muqueuse de la partie externe de la lèvre supérieure, la commissure labiale et une petite partie du bout libre de la lèvre inférieure.

Pour y parvenir, il lui suffit, dans la taille de ses lambeaux latéraux à base inférieure, qui empiétaient jusque sur le tiers externe de la lèvre supérieure, de ménager de chaque côté la muqueuse de la partie externe de cette lèvre. Ce petit lambeau de muqueuse ainsi conservé fut suturé, après rabattement des lambeaux latéraux, sur le bord supérieur de chacun de ces lambeaux, en formant ainsi, à chaque angle de la bouche nouvelle, une commissure muqueuse.

Le résultat obtenu est tout à fait remarquable si l'on s'en rapporte aux photographies jointes à l'observation.

Séance du 27 janvier 1904.

Corps étranger du sinus maxillaire (balle). — ***M. Lejars*** présente une balle de revolver qu'il a extraite d'un sinus maxillaire où elle avait pénétré par un trajet oblique ayant son point d'entrée au niveau de la région temporale. L'extraction du projectile s'est faite par trépanation de la fosse canine.

M. Sebileau fait remarquer que les corps étrangers des sinus de la face sont très rares ; personnellement, il en a observé 2 cas.

(Presse médicale.)

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE.

14 mars 1904.

Sur un cas de bec-de-lièvre guéri pendant la vie intra-utérine. — ***M. Mauclaire*** présente un adulte atteint de cette malformation assez rare, puisqu'une trentaine d'observations seulement ont été publiées. La section siège en son lieu d'élection, c'est-à-dire sur la lèvre supérieure et à gauche, et est surmontée d'un sillon qui remonte vers l'orifice du nez. Il y a de plus une malformation dentaire, caractérisée par la présence d'une incisive supplémentaire, et une déviation de la narine du côté gauche.

(Presse médicale.)

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

7 janvier 1904.

Une observation de tic du chiqueur. Analogie entre les tics et les stéréotypies chez l'homme et chez le cheval. — ***MM. Rucher et Chomel.*** Observation d'un malade qui, à l'occasion d'un abcès dentaire, prit l'habitude de placer la pointe de sa langue dans le repli gingivo-buccal, ce qui lui donne l'apparence d'un chiqueur. Ce fait confirme la pathogénie des tics et des stéréotypies de la langue et des lèvres indiquée par Henry Meige et Feindel. On observe chez les animaux des tics et des stéréotypies de léchage, qui ont la même symptomatologie et la même pathogénie que les tics humains analogues.

De plus, tous les chevaux qui présentent ces habitudes motrices anormales ont aussi un état nerveux et des stigmates physiques de dégénérescence comparables à ceux des tiqueurs humains.

(Presse médicale.)

(Voir la suite page 428.)

REVUE ANALYTIQUE

Dodge (H.-N.), *Régularisation de l'arcade dentaire inférieure par écartement parallèle de ses deux côtés.* (*Dental Cosmos*, février 1904, p. 111.)

L'auteur a imaginé un nouvel appareil de redressement avec lequel on peut ouvrir progressivement l'arcade maxillaire inférieure, en maintenant parallèles les deux côtés de cette arcade. Tandis que les appareils usuellement employés agissent à la façon d'une paire de ciseaux dont la charnière serait placée au niveau des incisives, et par suite appuient davantage sur les molaires que sur les bicuspides et canines, l'appareil imaginé par l'auteur a pour but de répartir également la pression sur toutes les dents latérales. Voici son mode opératoire : il commence par régulariser la position de chaque dent isolément, au moyen d'une arcade de caoutchouc dur appliquée contre la face linguale des dents, sans gêner l'articulation. Au niveau de chaque dent, une vis traverse l'arcade de caoutchouc normalement à la dent, sur la face linguale de laquelle elle appuie. Progressivement, en tournant la vis au moyen d'une clef de montre à laquelle elle s'adapte, on peut redresser la dent intéressée. Quand ce travail a été fait pour toutes les dents, l'auteur place son appareil définitif : il est constitué par deux pièces de caoutchouc portant à leur partie antérieure, l'une, un tube, l'autre, une tige d'or, la tige pouvant se visser à l'intérieur du tube. Un écrou d'arrêt et de serrage maintient les deux pièces dans la position voulue. Les deux pièces de caoutchouc sont introduites dans la cavité buccale et appliquées étroitement contre la face linguale des dents latérales, canines, prémolaires, molaires, les deux tiges réunies, l'écrou maintenant l'écartement voulu. Quand l'appareil devient un peu lâche, un tour d'écrou augmente l'écartement de ces pièces constitutives et rétablit par suite la pression nécessaire sur les dents. L'auteur rapporte un cas où l'application de ce procédé a donné un résultat remarquable comme permettent de le constater les photographies qui accompagnent son travail. Il poursuit ses recherches dans le but d'appliquer le même appareil au maxillaire supérieur.

Galippe (V.). *A propos des infections d'origine buccale.* (Soc. de Biol., 1903.)

L'auteur a présenté, à l'occasion d'une communication du Dr Ferrier [1], quelques observations qui offrent un intérêt considérable pour le médecin et le dentiste. Les stomatites infectieuses sont susceptibles de provoquer des intoxications générales, d'un pronostic parfois très défavorable ; (c'est le lieu de rappeler la mort par néphrite aiguë d'une malade de M. Bouchard atteinte d'une stomatite particulièrement septique). Non seulement les stomatites, mais d'une façon générale toutes les suppurations d'origine buccale sont capables de provoquer des accidents de même ordre. L'auteur

1. *Ferrier, P., Langue saburrale et albuminurie.* (Soc. de Biol., 1903.) — Le malade qui fait l'objet de cette observation atteint simultanément de glossite saburrale et d'albuminurie, a vu cette albuminurie disparaître à la suite d'un brossage quotidien et méthodique de la muqueuse linguale et reparaître dès que ces soins locaux étaient suspendus.

insiste notamment sur les troubles infectieux susceptibles d'être déterminés par la *pyorrhée alvéolaire*, qu'il propose de nommer *gingivite arthrodentaire infectieuse ;* ces troubles peuvent atteindre, suivant la prédisposition des malades, l'appareil respiratoire, l'appareil digestif, le foie, les reins, voire même le cœur (endocardite septique fatale) — ou se résumer dans une intoxication générale mortelle. Mais ce sont les reins qui sont le plus fréquemment atteints. — On trouve dans l'urine des pyorrhéiques de l'albumine et du sucre : ceci est un fai. Il ne faut pas en conclure une relation de cause à effet entre le diabète et la pyorrhée alvéolaire ; mais il est certain que ces deux affections se développent sur le même terrain arthritique, la *pyorrhée étant susceptible d'influencer défavorablement la marche du diabète.* Réciproquement, on a vu chez des diabétiques la quantité de sucre émise en 24 heures tomber en un mois de 60 grammes à 23 gr. 75 par un simple traitement local de la pyorrhée — sans modification de régime, sans administration d'aucun médicament.

Raymond, ***Contracture hystérique des mâchoires.*** (Clinique de la Salpétrière in *Arch. de Stomat.*, nov. 1903, p. 166.)

Il s'agit d'un jeune homme hystérique, âgé de 16 ans, atteint de constriction des mâchoires, due à la contracture des masséters et de l'orbiculaire des lèvres, avec projection en avant du maxillaire inférieur. Cette contracture est survenue d'une façon particulièrement intéressante : à la suite d'émotions, le malade s'est mis à aboyer comme un chien et il a aboyé pendant deux mois. Plus tard à l'occasion d'une petite intervention (kyste synovial de la main), il s'est repris à aboyer pendant quelque temps. Ennuyé de cette infirmité et voulant la combattre, il a contracté l'habitude de fermer la bouche et de la maintenir fermée avec la main. C'est de là que date la constriction des mâchoires.

Trendel, ***Des ganglions lymphatiques de la joue ; de leur importance clinique.*** (Beiträge Z. Klin, Chir. XXXIX, 2).

Les adénites géniennes chroniques dépendent du cancer ou de la tuberculose ; aiguës, elles peuvent reconnaître également la tuberculose comme cause, mais sont plus souvent consécutives à des gingivites, à des caries, à une amygdalite, etc. L'adénite aiguë est toujours petite, atteint rarement le volume d'une noix ; ses caractères varient suivant le stade de son évolution. Ganglions cancéreux et tuberculeux restent longtemps à l'état de nodules inclus dans l'épaisseur de la joue, durs, mobiles — plus tard ils gagnent la peau, qu'ils ulcèrent comme l'adénite aiguë. Adénites froides et chaudes se fistulisent à la peau et dans ce cas le diagnostic est plus difficile encore : ne pas les confondre avec les fistules d'origine dentaire. Voici les indications thérapeutiques formulées par M. Trendel : ouvrir les adénophlegmons *par la joue.* — Enlever les ganglions tuberculeux et cancéreux. — Les incisions seront courtes et horizontales pour éviter les branches du facial et le canal de Sténon.

Nogué (R), ***Un cas d'adénite génienne consécutive à la carie de la dent de sagesse.*** (*Arch. de Stomat.*, janv. 1904, p. 5.)

Le malade présente sur la face externe du maxillaire inférieur, un peu en avant du bord antérieur du masséter au niveau de son insertion, une tuméfaction, constituée par une grosseur de petit volume, non adhérente au maxillaire, entourée d'une zone d'empâtement ; cette tuméfaction, qui s'étend sur la partie inférieure de la joue et qui atteint la région sous-maxillaire, est douloureuse à la palpation, et non fluctuante. Il y ■ trismus de la mâchoire, d'ou examen pénible de la bouche ; l'auteur constate néanmoins une carie pénétrante de la dent de sagesse du côté malade. Extraction de cette dent de sagesse et la-

vages antiseptiques. Disparition du trismus, mais persistance de la tumeur qui, devenue fluctuante un mois plus tard, a été guérie en quelques jours à la suite d'une incision.

Lebedinsky, ***A propos des adénites géniennes.*** (*Arch. de Stomatologie*, janv. 1904, p. 1.)

Quatre observations d'adénites géniennes font l'objet de ce travail et portent à treize le nombre des cas observés depuis deux ans par l'auteur. Deux de ces quatre nouveaux cas ont une origine dentaire, l'un a une origine nettement inflammatoire, mais non dentaire, le dernier appartient au groupe des adénopathies lymphatiques que l'on observe chez certains sujets. Nous les résumerons rapidement :

Obs. I. — Adénite buccinato-commissurale. — P. L..., soldat. Tumeur du volume d'une noisette siégeant à 2 cent. en arrière de la commissure droite des lèvres, adhérente à la peau, mais non à la muqueuse — roulant sous le doigt introduit dans la bouche — indolore, rénitente. Cette tumeur a fait suite à une écorchure de la même commissure.

Obs. II. — Adénite génienne d'origine dentaire. — Femme de 30 ans, présentant une tumeur indolore du volume d'une noisette, siégeant en avant de l'insertion angulaire du masséter droit, n'adhérant ni à la peau, ni à l'os. Du même côté, les racines des trois grosses molaires inférieures subsistent et à ce niveau les gencives sont atteintes de gingivite chronique, surtout au niveau de la dent de sagesse. Extraction des racines suspectes : guérison consécutive de l'adénite sans autre intervention.

Obs. III. — Adéno-phlegmon génien d'origine dentaire. — Femme de 25 ans. Sur la face externe du maxillaire inférieur droit, tumeur du volume d'une grosse noix s'étant développée d'une façon progressive (2 mois) et indolore. Carie du 4e degré de la deuxième prémolaire et de la première molaire. En outre lymphangite tronculaire réunissant l'adéno-phlegmon à la première molaire. Incision au thermocautère — sous anesthésie ; — quelques jours après, extraction de la première molaire. Guérison.

Obs. IV. — Adénite lymphatique. — Chez une jeune fille, existence à 2 cent. en arrière de la commissure labiale gauche d'une petite tumeur très mobile, absolument indolore. Dents saines. L'auteur attribue cette adénite au tempérament lymphatique de la malade, qui présente d'ailleurs une hypertrophie générale des ganglions du cou.

Roger (**H.**) et **Weil** (**P. E.**), ***Note sur le parasite de la mélanoglossie.*** (*Rev. fr. de méd. et de chir.*, n° 11, 1904.)

Les auteurs ont isolé à nouveau le champignon, déjà cultivé en 1901, par M. Lucet sous le nom de *Saccharomyces linguœ pilosœ ;* leur technique a été la suivante : après avoir coupé un filament papillaire en très petits fragments, ils ont piqué ces fragments sur des géloses glycosées et maltosées, laissant les cultures se faire à température de laboratoire. Au deuxième jour, dans toute l'étendue de la gélose, ont apparu de belles colonies blanches constituées par le champignon, mais auxquelles se mêlaient des streptocoques. Ces derniers n'ont pu être éliminés qu'après inoculation intraveineuse au lapin et ensemencement nouveau avec le rein de l'animal mort au bout de trois semaines.

Le parasite est constitué par des « cellules allongées, d'aspect pseudomycélien, à protoplasma grenu, entouré d'une membrane à double contour » ; il se colore bien par le violet de gentiane, ne se décolore pas par le Gram. Il se reproduit par bourgeonnement, se cultive facilement, surtout sur les milieux sucrés ; il fait fermenter le sucre et produit de l'alcool. Il tue la souris et le lapin en produisant des lésions rénales et hépatiques que les auteurs se proposent d'étudier dans un prochain article.

Fontan (G.), *Les dangers de l'injection sous-cutanée de cocaïne et l'innocuité d'un analgésique nouveau : la subcutine.* (Th. de Lyon, 1904.)

L'auteur présente un nouvel analgésique, la subcutine, qui n'expose à aucun des accidents provoqués par la cocaïne, si délicate à manier. La subcutine est un bon anesthésique local, bien défini, antiseptique. D'une toxicité extrêmement faible, elle est d'une préparation facile et ses solutions se conservent bien. En solution à 1 o/o, on emploie ce produit en suivant la même technique que pour la cocaïne.

L. Thiriar, *Épulis sarcomateuse de la mâchoire supérieure.* (*La Clinique*, 16 janvier 1904, n° 3, p. 41.)

L'auteur rapporte le cas d'une épulis ayant atteint, en cinq années chez une femme de 31 ans, un développement considérable. La tumeur, qui a débuté au niveau des deux premières grosses molaires supérieures du côté droit, a provoqué à ce moment quelques douleurs névralgiques qui ont disparu après l'extraction de la première grosse molaire. Elle n'a présenté dans la suite aucun symptôme autre que son accroissement lent et continu : celui-ci est tout à fait anormal. Le néoplasme fait saillie hors de la cavité buccale ; il y a déformation de la face ; la joue droite est augmentée de volume et d'une couleur rouge violacé. Le maxillaire inférieur est refoulé en bas, les arcades dentaires en avant. La tumeur s'étend du sillon gingivo-jugal droit qu'elle occupe jusqu'au voile du palais qu'elle repousse et à l'arcade dentaire gauche ; la langue est saine. Les troubles fonctionnels sont considérables du côté de la phonation, de la respiration et de la mastication. La malade, qui a un bon appétit, est obligée de se contenter d'aliments liquides. Etat général excellent. La tumeur est ulcérée, gangrénée par places, saigne au moindre contact ; ganglions sous-maxillaires et carotidiens. *La douleur est presque nulle.* L'intervention, ablation de la tumeur et du maxillaire supérieur droit, a donné des résultats satisfaisants, mais la malade a été emportée accidentellement quinze jours après par une pleuro-pneumonie. L'auteur tire de cette observation quelques conclusions sur la bénignité de l'épulis, prouvée ici par son évolution lente sans action sur la santé générale, sur son pronostic généralement favorable et sur la nécessité d'intervenir aussitôt qu'il est possible (ablation large au bistouri et cautérisation du point d'implantation au thermocautère), pour éviter le développement ultérieur du néoplasme et sa transformation possible en tumeur maligne.

H.-Ch. Fournier.



CORRESPONDANCE

Nous trouvons dans le *Monde dentaire* la lettre suivante, que nous sommes heureux de publier :

« Mon cher Monsieur Vasseur,

» Je lis dans votre estimé journal un article d'un nommé C..., intitulé « le bilan de la Stomatologie ».

» Cet article tendant à prouver la nécessité du doctorat en médecine pour exercer l'art dentaire semble avoir pour but la réforme de la loi de 1892 en un avenir prochain pour l'exercice de notre art.

» En nous indiquant que MM. les Drs Andrieux et Magitot avaient été les champions de leur revendication, il rappelle que dès l'année 1868 le Dr Andrieux avait adressé à cet effet une pétition aux pouvoirs publics et que le Dr Magitot avait fondé plus tard, bien plus tard, la *Revue de Stomatologie*, etc., etc.

» Ce qu'il oublie de dire c'est que, jusqu'en 1879, époque de la création des écoles dentaires françaises, nous nous trouvions en notre beau pays de France et par leur obstination en infériorité notoire sur les Américains et les Anglais qui, eux, avaient compris que seules les écoles professionnelles pouvaient réunir à la fois l'instruction théorique et pratique.

» Grâce aux écoles dentaires, la France a pu reprendre le rang qu'elle mérite et la loi qui nous régit n'est arrivée que bien après leur création.

» Cette loi, il est vrai, ne satisfait personne, mais elle est à l'avantage de MM. les docteurs, leur donnant le droit d'exercice d'un art qu'ils ne connaissent pas. Ce qui leur serait probablement plus agréable, et nous le comprenons sans peine, c'est la suppression du concurrent.

» D'après l'article en question, la seule préoccupation des stomatologistes ne comporte que cette suppression, sans nul souci du devoir professionnel et encore moins des malades confiés à nos soins.

» Tout le monde sait aujourd'hui que le titre de docteur en médecine n'a aucune valeur pour notre art, s'il n'est accompagné du savoir professionnel.

» Il est certain qu'on doit connaître théoriquement ce qu'on est appelé à faire dans la bouche d'un malade ; mais ce qui est indispen-

sable pour un dentiste, c'est d'être adroit de ses mains, de connaître à fond la dentisterie opératoire et la prothèse, laquelle à elle seule ne demande pas moins de quatre à cinq ans d'un travail assidu pour en posséder tous les secrets.

» En somme ce qui les vexe, c'est que l'on préfère nos soins aux leurs, et qu'ils ne peuvent exploiter le malade à leur guise sous le couvert d'une loi qui leur donnerait le droit de mal faire.

» Ils parlent volontiers de science et d'art, mais ils se gardent de professer la science médicale qu'ils doivent connaître, pour exercer l'art dentaire qui rapporte plus en épatant le bon public par un titre inutile en l'espèce.

» Ils méprisent les écoles et, cela va sans dire, n'en connaissent le fonctionnement que pour y avoir fait un court passage, assez cependant pour y avoir prouvé le plus souvent leur incapacité manuelle.

» A part quelques exceptions, voilà leur bilan.

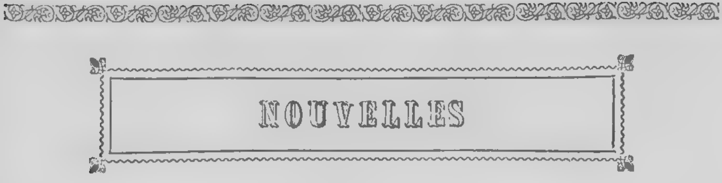
» On conçoit facilement qu'ils réclament la révision de la loi qui d'un coup leur supprimerait cette concurrence gênante.

» Heureusement personne n'est dupe, et tant que ces messieurs ne seront que stomatologistes, le véritable chirurgien-dentiste n'a rien à craindre.

» Quant à l'avenir, peut-être ont-ils raison, mais dans ce cas leurs nouveaux adhérents feront bien de s'adresser ailleurs que chez eux pour obtenir les connaissances de notre art, car depuis que la *Revue de Stomatologie* polémique pour détruire les écoles professionnelles, nous n'avons jamais trouvé dans cet organe aucune observation pratique, aucun travail vraiment digne de rendre service à nos confrères soit dans la dentisterie opératoire, soit dans la prothèse.

» Si nous nous basons sur les publications de ce journal, nous constaterons tout de suite et sans peine que leur programme est maigre pour remplacer les vingt-cinq années de progrès que l'art dentaire doit aux écoles dentaires.

» RONNET,
» *chirurgien-dentiste.* »



Nouvelle Société dentaire.

Les dentistes de langue française de la province de Québec ont fondé une société dentaire à laquelle ils ont donné le nom de *Société d'Odontologie canadienne française.*

Les réunions de la Société ont lieu mensuellement au Collège dentaire de la province de Québec. Le président est le Dr Nolin ; le secrétaire corrrespondant M. Eudore Dubeau.

Loi dentaire a Jersey.

Le Parlement de Jersey vient de voter une loi réglementant l'exercice de la dentisterie dans l'île.

Sans se préoccuper du titre, cette loi interdit cet exercice à tous ceux qui n'ont pas une permission de la Cour royale subordonnée à la possession d'un diplôme reconnu par le Conseil médical général, sauf aux personnes exerçant dans l'île au 1er janvier 1904.

Chaque année il sera dressé une liste des personnes ainsi autorisées, qui sera affichée dans le vestibule de la Cour.

Une clause interdit aux dentistes l'anesthésie générale sans l'assistance d'un médecin, sous peine d'une amende maxima de 25 livres sterling ou de 3 mois de prison.

Les praticiens ne possédant pas l'autorisation d'exercer ne peuvent exiger d'honoraires pour des soins, des médicaments ou des appareils.

Les docteurs américains en Allemagne.

Le 27 février, la Cour suprême de l'Empire d'Allemagne a décidé que les dentistes américains n'ont pas le droit de faire usage du titre de *docteur* et qu'ils encourent des pénalités s'ils s'en servent sur leurs enseignes, entêtes de lettres ou de toute manière.

La chirurgie dentaire a Montréal.

Le Conseil de l'Université Laval, de Québec (Canada), a décidé de faire droit à la demande qui lui a été faite de donner l'enseignement dentaire aux étudiants de langue française.

La nouvelle école aura son siège à Montréal et s'appellera *Ecole de chirurgie dentaire de l'Université* Laval.

L'Université a mis à la disposition de l'école l'emplacement nécessaire pour y installer des salles de cours et de professeurs et des laboratoires.

La durée des cours sera de quatre ans et les élèves qui passeront avec succès l'examen final recevront le degré de *docteur en chirurgie dentaire.*

L'Association des dentistes de la province de Québec occupera vis-à-vis de cette école la même position que le collège des médecins vis-à-vis de l'Ecole de médecine, c'est-à-dire qu'elle enverra des assesseurs aux examens et, sur rapport favorable, accordera une licence pour pratiquer dans la province de Québec.

L'Université Mac Gill ayant, de son côté, décidé de donner l'enseignement dentaire aux élèves de langue anglaise, l'Association des dentistes agira de même vis-à-vis d'elle.

Les professeurs titulaires de la nouvelle école sont le Dr Eudore Dubeau, président et directeur; le Dr Nolin, vice-président; le Dr Gendreau, secrétaire-trésorier.

Les nouveaux professeurs se sont mis à l'œuvre aussitôt et, se basant sur le programme d'études de l'Ecole dentaire de Paris, ainsi que des principales écoles dentaires américaines, se proposent de mettre l'institution sur le même pied que les établissements similaires.

La création de l'école de chirurgie dentaire de l'Université Laval est due en grande partie à notre excellent confrère, M. Dubeau, secrétaire de l'Association des dentistes de la province de Québec, un des principaux collaborateurs de *L'Odontologie.*

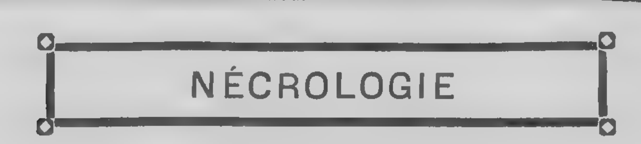
Nous adressons toutes nos félicitations à notre confrère, à cette occasion, et nous souhaitons le meilleur succès à la nouvelle école.

Bibliothèque dentaire a Manille.

La bibliothèque du bureau des laboratoires du gouvernement de Manille (Iles Philippines), qui compte déjà 12.000 volumes et reçoit près de 200 publications médicales, chimiques, botaniques et entomologiques, vient de consacrer une section à l'art dentaire, dans laquelle *L'Odontologie* figure en bonne place.

Dentistes dans l'armée anglaise.

En raison des résultats favorables qui ont été constatés depuis l'emploi des chirurgiens-dentistes dans l'armée, il a été décidé d'attacher huit dentistes aux troupes cantonnées dans le Royaume-Uni.



M. Gréard.

Nous apprenons la mort subite de M. Gréard, vice-recteur honoraire de l'Académie de Paris, survenue tandis qu'il était chez un de nos confrères, auquel il demandait de lui réparer un appareil.

M. Octave Gréard, né à Vire, en 1828, entra à l'Ecole normale en 1849, fut nommé agrégé en 1855, et professa la rhétorique à Metz, à Versailles, aux lycées Saint-Louis et Bonaparte. Directeur de l'enseignement primaire au ministère de l'instruction publique en 1872, il fut, en 1879, nommé vice-recteur de l'Académie de Paris et inspecteur général honoraire. Son élection à l'Académie des sciences morales et politiques date de 1875, son élection à l'Académie française de 1887. M. Gréard, nommé grand-croix de la Légion d'honneur en 1896, avait fait partie du conseil de l'ordre et avait pris sa retraite en 1902, à la suite d'un deuil de famille. Il faut mentionner, parmi ses œuvres, la *Morale de Plutarque*, une traduction des lettres d'Héloïse et d'Abélard, un précis de littérature, etc.

M. Gréard était venu, il y a quelques années, visiter l'Ecole dentaire de Paris, alors qu'elle était ruè Turgot, et s'était intéressé au développement de l'institution.

Nous prions sa famille d'agréer l'expression de nos regrets.

La Rédaction.

24e ANNÉE. N° 9 15 MAI 1904 Vol. XXXI



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

INAUGURATION DES NOUVEAUX BATIMENTS DE L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS

Par

M. le professeur Debove, Doyen de la Faculté de médecine,

M. Mesureur, Directeur de l'Assistance publique.

Ainsi que nous l'avons annoncé sommairement dans notre avant-dernier numéro, l'Ecole dentaire de Paris inaugurait, le vendredi 15 avril, de nouveaux bâtiments rendus nécessaires par l'augmentation croissante du nombre des élèves et par l'installation des locaux consacrés à la 4e année d'études.

Si l'on compare le vaste immeuble si confortable qu'occupe actuellement l'institution au petit appartement modeste dans lequel elle se logea lors de sa création, en novembre 1880, à la suite d'une souscription publique ouverte dans la profession dentaire, il y a bientôt 24 ans, on peut bien dire qu'elle a marché à pas de géant, car ses progrès ont été rapides et incessants.

En 1888, l'accroissement du nombre des élèves et des malades l'obligeait à se transférer dans un hôtel qu'elle louait en totalité, 57, rue Rochechouart et 4, rue Turgot. Ce local ne tardait pas à être encore insuffisant et il fallait y adjoindre une annexe construite dans le jardin.

Les élèves et les malades devenant toujours plus nombreux, une troisième fois, en 1897, elle dut s'installer dans un local plus en rapport avec ses besoins. C'est alors qu'elle se transporta 45, rue de La Tour-d'Auvergne et 5 *bis*, cité Milton. Mais sept ans sont à peine

écoulés et déjà l'immeuble est trop petit : il est indispensable de songer à de nouveaux agrandissements.

Ce sont ces agrandissements qu'ont inaugurés M. le professeur Debove, doyen de la Faculté de médecine, et M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, désireux de donner l'un et l'autre une preuve éclatante de leur approbation à l'œuvre philanthropique du Dispensaire de l'Ecole dentaire de Paris et de l'estime dans laquelle ils tiennent l'enseignement de cette institution.

MM. Fringnet, inspecteur d'Académie, Sebileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, Worms, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, s'étaient joints à eux.

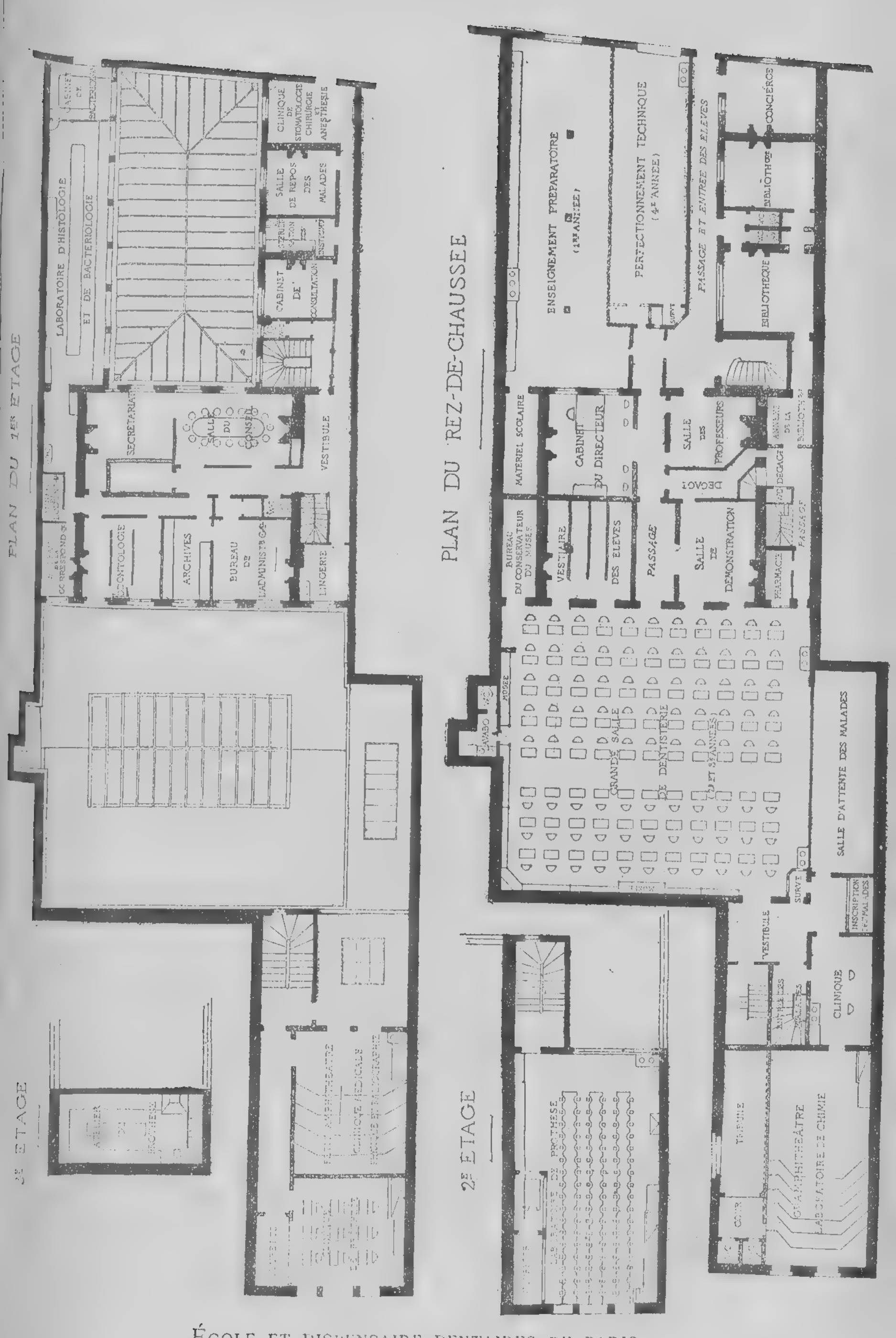
Le doyen de la Faculté avait déjà, à diverses reprises, témoigné de ses bonnes dispositions à l'égard des chirurgiens-dentistes en général et de l'Ecole dentaire de Paris en particulier, qui forme une grande partie des membres de la profession. Depuis longtemps aussi M. Mesureur, membre de notre Comité de patronage, ne cesse de prodiguer ses encouragements au Dispensaire, en raison des bienfaits que celui-ci répand dans la population pauvre de Paris en permettant à plus de 40.000 malades par an de profiter gratuitement des progrès de notre art. Ils ont tenu néanmoins à apporter l'un et l'autre à notre institution l'appui de leur nom et l'autorité de leur compétence indiscutable, en la visitant en dehors de toute fête et de toute solennité, pour la voir en pleine activité et se rendre compte par eux-mêmes du fonctionnement des nombreux services dans lesquels les malades viennent chercher un soulagement à leurs maux.

M. le Dr Godon, président-directeur de l'Ecole, entouré des administrateurs et des membres du corps enseignant, a reçu nos hôtes dans le cabinet de la direction, transformé en cette circonstance en salon de réception, et leur a présenté le directeur de l'enseignement, MM. Roy, sous-directeur de l'enseignement scientifique et médical, Bonnard, sous-directeur de l'enseignement technique, Baelen, secrétaire général, puis successivement chacun de ses collaborateurs. La visite des locaux et des différents services a aussitôt commencé.

Pour donner aux visiteurs une idée exacte de la façon dont les malades sont admis et traités à l'Ecole, il avait été décidé de leur faire suivre l'ordre fixé par le Règlement intérieur pour chaque patient qui se présente au Dispensaire [1]. Le cortège prend donc comme point de départ *le vestibule de l'entrée des malades* du côté de la cité

---

1. Afin de permettre à nos lecteurs de suivre cet itinéraire, nous publions un plan détaillé des quatre étages de l'Ecole et du Dispensaire.



ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

Milton ; M. Godon explique que chaque malade s'adresse, en arrivant, à un appariteur placé dans ce vestibule, chargé de l'inscrire sur un registre spécial et de lui délivrer une feuille individuelle contenant les indications nécessaires pour son traitement par un étudiant, ainsi qu'un schéma de la bouche permettant à ce dernier de fixer, dès le premier examen, l'état des dents et de marquer ensuite les diverses opérations que comporte le traitement suivi. Cette feuille individuelle est accompagnée d'une petite brochure contenant un extrait du règlement de l'Ecole et des principes d'hygiène buccale qu'il est indispensable au malade d'observer après la mise en état de sa bouche.

Muni de sa feuille individuelle et d'un numéro d'ordre correspondant à l'heure de son arrivée, le malade est introduit dans *la salle d'attente des malades.* Cette salle est suffisamment vaste pour contenir une centaine de personnes. Aux murs sont apposés des avis indiquant les jours et heures des cliniques, les affiches de l'Assistance publique sur les dangers de l'alcoolisme, etc.

Lorsque l'appariteur appelle ce numéro d'ordre, le malade est conduit dans *la clinique de chirurgie dentaire*, pour y être examiné par le professeur ou par le chef de clinique. Cette salle de clinique, récemment terminée et aménagée suivant les indications de M. Bonnard, chef de ce service, est parfaitement éclairée ; les murs sont peints en ripolin et les angles revêtus de céramique. Des barres d'appui en fer nickelé permettent aux étudiants de se placer commodément devant les fauteuils et de suivre aisément les leçons, démonstrations et opérations, sans gêner les opérateurs. Des crachoirs à eau courante, des vitrines contenant tous les instruments nécessaires et des tablettes supportant les appareils qu'exige l'antisepsie moderne complètent l'aménagement.

Le malade est minutieusement examiné dans cette clinique par le professeur, assisté de son chef de clinique, et confié ensuite à un élève, qui, sur les indications du professeur chargé du service dont relèvent les soins à donner, applique le traitement institué. Les opérations d'urgence, extractions, trépanations de dents, pansements calmants y sont exécutés sous la direction du professeur de clinique, qui vise ensuite la feuille individuelle et indique par une note la façon dont l'opération a été pratiquée par l'étudiant.

Après avoir félicité les chefs de service de la clinique,les visiteurs se sont dirigés vers les services auxquels les malades sont adressés, selon le cas. Pénétrant dans le pavillon des cliniques, ils ont visité *le grand amphithéâtre* nommé salle *Louis Thomas*, en mémoire des services rendus à l'Ecole par ce savant professeur, vaste salle à gradins et pouvant contenir plus de cent-vingt étudiants. Cette salle est réser-

vée aux cours théoriques qui ont lieu chaque jour de 5 à 7 heures.

Puis on monte au 1er étage, où se trouve le *petit amphithéâtre*, auquel a été donné le nom de *Paul Dubois*, en souvenir de notre regretté professeur et rédacteur en chef, et qui est consacré, suivant les jours, à la clinique médicale, à la clinique de radiographie ou à la clinique d'orthodontie.

La clinique médicale, faite tous les mercredis par M. le Dr Marie et à laquelle assistent les élèves de 2e et de 3e années divisés par séries, permet aux étudiants d'examiner un certain nombre d'affections générales portant sur les systèmes respiratoire et circulatoire et de se familiariser avec l'auscultation.

La clinique de radiographie, cette science nouvelle qui fournit au dentiste un moyen puissant pour rechercher les éléments indispensables à certains diagnostics, est confiée à M. Serres; ce professeur a exposé le fonctionnement de son service, en indiquant tout le parti que l'art dentaire est appelé à tirer, par la suite, de la radiographie.

La clinique d'orthodontie a lieu tous les jeudis (l'après-midi) et tous les dimanches matins. Le signataire de ces lignes, chef de ce service, n'a pas manqué d'appeler l'attention du doyen et du directeur de l'Assistance publique sur l'avenir de cette branche et sur l'extension qu'elle prend chaque jour; il leur a fait remarquer que des écoles spéciales sont consacrées en Amérique à l'étude de l'orthodontie, qui embrasse non seulement les dents, mais aussi les mâchoires et les régions principales de la face. Plusieurs cas intéressants comportant le moulage des arcades dentaires avant et après le traitement leur ont été présentés, ainsi qu'une vitrine contenant tous les appareils de redressement employés de nos jours. Cette collection unique au monde, qui est destinée à l'enseignement, permet de placer sous les yeux de l'étudiant le type d'appareil qu'on lui décrit en lui indiquant la combinaison et la construction. Plus de cinquante redressements sont en cours en ce moment et la réunion des moulages de plusieurs années constitue un ensemble d'un intérêt considérable.

Les visiteurs passent ensuite dans *la clinique de prothèse dentaire et de prothèse restauratrice bucco-faciale ;* cette dernière est présentée par le chef de service, M. Delair. C'est là que de malheureux mutilés, dont la vue offre un spectacle attristant et inspire le dégoût, viennent chercher le secours d'un art qui leur rend un aspect supportable. Livrés à leur infirmité, ils mèneraient une existence misérable et seraient un objet de répulsion pour leurs semblables. Grâce au talent de prothésiste et à l'ingéniosité de M. Delair, qui réalise de véritables tours de magie en leur reconstituant le nez, le maxillaire ou les lèvres, ils reprennent rang dans la société et peuvent continuer de gagner leur vie. Sept ou huit de ces pauvres défigurés se

trouvaient précisément dans cette clinique et parmi eux un cas d'actinomycose très intéressant, qui avait détruit la plus grande partie de la joue gauche, que notre habile confrère venait de reconstituer. A signaler aussi une femme à laquelle il a refait un nez en entier, un homme qui a subi la résection complète du maxillaire inférieur et de la langue et qui attend l'intervention du prothésiste. M. Delair fait exécuter quelques exercices de phonation et de prononciation par des malades porteurs d'obturateurs vélo-palatins. Le doyen ne cache pas son étonnement et son admiration pour les résultats obtenus ; il en fait part à M. Delair et le répètera tout à l'heure au directeur.

On monte au *laboratoire de prothèse,* situé au 2e étage ; ce laboratoire offre un aspect bien original, avec ses quatre-vingts places aux établis disposés par année ; une des séries d'élèves y exécute les travaux indiqués par le tableau de service, sous la direction de M. Delair et de ses collaborateurs. Dans les vitrines sont rangés les modèles-types, ainsi que les spécimens d'appareils correspondant aux numéros du programme et que doivent confectionner les élèves. On présente aux visiteurs les travaux exécutés ainsi depuis le début de la scolarité : bois, cuivre et fer, par les élèves de 1re année ; appareils de caoutchouc vulcanisé, par les élèves de 2e année ; appareils métalliques et moules en métal, par ceux de 3e année ; appareils de redressement, de prothèse chirurgicale et restauratrice, par ceux de 4e année. Puis on jette un regard rapide sur le *laboratoire spécial de moulage* situé au-dessus.

On redescend à la *salle Fauchard,* où la dentisterie opératoire est enseignée aux élèves de 2e et de 3e année. Cette immense salle, qui contient plus de cent fauteuils et de cinquante meubles en fer et en opaline renfermant les instruments des élèves, offre un superbe coup d'œil quand elle est en plein fonctionnement.

Le doyen et le directeur de l'Assistance publique s'arrêtent pendant un temps assez long pour considérer l'activité et le bon ordre qui règnent dans cette salle ; successivement on leur présente M. Ronnet, chef du service de 2e année ; M. Lemerle, chef du service de 3e année, qu'ils interrogent sur les différents cas traités journellement dans cette branche ; puis ils se dirigent vers *la salle de démonstrations* où des démonstrations quotidiennes sont faites par les professeurs de service. L'honneur de la démonstration ce jour-là échoit à M. Heïdé, qui explique et présente la confection et l'application des blocs de porcelaine ; les visiteurs paraissent vivement intéressés par les résultats esthétiques de ce genre d'obturations à la vue de sujets dont plusieurs dents antérieures ont été reconstituées à l'aide de blocs de porcelaine.

Mais leur attention est attirée par le *Musée,* qui occupe les deux

tiers du pourtour de cette salle. Les pièces de Baretta représentant les cas types des principales affections buccales exécutées par l'habile mouleur de l'hôpital Saint-Louis, les moulages en cire de la collection de Marion, les spécimens de restauration buccale et faciale de Préterre achetés pour l'Ecole par Lecaudey, les appareils et instruments anciens qui constituaient la base de l'exposition rétrospective de l'art dentaire en 1900 organisée par M. Lemerle, les appareils de Michaëls et de Delair, les pièces zoologiques et un grand nombre d'anomalies dentaires constituent un ensemble absolument unique. Aussi MM. Debove et Mesureur expriment-ils leur satisfaction de voir ainsi réunies des collections si intéressantes et si instructives.

Passant rapidement devant *la salle de stérilisation*, *le magasin du matériel scolaire* et *le vestiaire des élèves*, le cortège traverse le vestibule où se trouve *le salon des professeurs*, qui est en même temps *la salle de lecture sur place*, et pénètre dans *le grand hall* récent réservé à l'enseignement de la 1re année et à celui de la 4e, séparés par une simple cloison.

L'enseignement de 1re année, dans la salle duquel sont disposés 75 appareils fantômes destinés à l'enseignement graduel et méthodique de la dentisterie opératoire, est pour MM. Debove et Mesureur un spectacle nouveau. Le directeur de l'Ecole, chef de ce service, expose combien cet enseignement, si apprécié dans les écoles américaines, a de valeur aussi bien pour les élèves que pour les malades du Dispensaire. Cet enseignement, créé de toutes pièces par l'Ecole initie en effet les étudiants aux diverses opérations à exécuter dans la bouche et c'est seulement lorsque ceux-ci ont montré, par un nombre suffisant de travaux méritant la note *bien*, qu'ils sont aptes à soigner des patients sans danger pour ces derniers, que cet enseignement cesse de leur être donné.

M. Godon présente une série de dessins faits par les élèves et portant d'abord sur l'anatomie particulière de chaque dent, puis sur la cavité buccale : arcades dentaires, voûte palatine, maxillaire inférieur, articulation temporo-maxillaire, occlusion des arcades dentaires et des dents. Les dents en caoutchouc, en bois, naturelles, macroscopiques, avec cavités préparées, les différents appareils fantômes employés par l'école de Lyon et les écoles d'Amérique, d'Angleterre et d'Allemagne sont successivement passés en revue, et l'appareil adopté à l'Ecole dentaire de Paris est longuement examiné et expliqué. MM. Debove et Mesureur paraissent vivement frappés par le but humanitaire et la valeur pédagogique de cet enseignement préparatoire.

On passe ensuite dans *la salle Lecaudey*, ainsi nommée en souve-

nir du généreux bienfaiteur qui a laissé, à sa mort, la somme nécessaire à la création et au fonctionnement de l'enseignement complémentaire de 4e année. La 4e année est exclusivement réservée à *l'enseignement technique*. Les étudiants qui le suivent sont tous gradués et, par suite, susceptibles d'exercer leur profession dans leur pays, mais ils poursuivent l'obtention du diplôme de l'Ecole.

M. Richard-Chauvin, chef de cet enseignement, présente un certain nombre de travaux spéciaux qui témoignent de la légitimité de sa création : aurifications étendues, couronnes, bridges, porcelaines. Les visiteurs paraissent étonnés des ressources nombreuses que possède le chirurgien-dentiste habile et admirent sincèrement les travaux d'art et de précision qu'un opérateur peut exécuter dans son cabinet sous les yeux du patient.

Mais le temps passe et il faut continuer la visite.

M. Godon fait remarquer que le surveillant placé dans une loge vitrée à l'extrémité de cette salle contrôle d'une façon ininterrompue l'entrée et la sortie des élèves, qui s'opèrent par la rue de La Tour-d'Auvergne ; les diverses portes de l'établissement n'échappent ainsi à aucun moment à la surveillance de l'administration.

On visite *la bibliothèque*, située dans le couloir d'entrée et qui occupe deux vastes pièces, contre les murs desquelles sont classés, étiquetés et catalogués un nombre considérable de volumes. C'est avec quelque fierté que le bibliothécaire, M. Friteau, présente cette belle et riche collection de littérature professionnelle, fruit, elle aussi, des efforts et des succès de l'Ecole ; il montre également plus de 50.000 fiches de bibliographie dentaire classées dans des boîtes. Aussi MM. Debove et Mesureur expriment-ils leur vive satisfaction de trouver une bibliothèque si complète et si bien tenue.

Le cortège monte alors par le grand escalier conduisant au 1er étage et se dirige vers *la clinique de stomatologie et la clinique d'anesthésie*. M. le Dr Friteau, chef de service de cette dernière, reçoit les visiteurs et les conduit d'abord dans la nouvelle salle d'opérations, située du côté de la rue de La Tour-d'Auvergne, parfaitement éclairée et avec un aménagement tout à fait moderne. Peinte au ripolin, sans angles ni moulures, elle permet aux professeurs, chefs de clinique et élèves d'observer la plus rigoureuse antisepsie. La clinique d'anesthésie a lieu les mardis, mercredis, vendredis et samedis ; la clinique de stomatologie les lundis. Tous les anesthésiques y sont enseignés et appliqués par les chefs de service et les élèves, présents par séries de 10. Un malade est rapidement endormi et opéré à l'aide d'un anesthésique de courte durée. M. Debove nous fait connaître ses préférences : elles sont en faveur de

l'anesthésie locale et, pour parler plus exactement, de la cocaïne.
La visite se continue par la *salle de repos des malades*, où sont disposés cinq lits de repos, par la *salle de stérilisation des instruments*, spécialement aménagée à cet effet, et par le *cabinet de consultation*, où sont examinés et auscultés les malades avant d'être anesthésiés.

On passe au *laboratoire d'histologie et de bactériologie*. Cette nouvelle salle, de construction toute récente, frappe les visiteurs par ses vastes dimensions, par la profusion de lumière qui s'y déverse et qui pénètre jusque dans les plus petits coins ; avec ses tables placées longitudinalement, elle a vraiment un bel aspect. Les Facultés n'ont pas toujours eu un laboratoire semblable. Aussi M. le professeur agrégé Launois, qui l'a fait construire et aménager d'après ses indications, pour le service qu'il dirige, en est-il très fier. A l'extrémité, au delà d'une simple cloison vitrée, se trouve un petit laboratoire où travaille le chef des travaux pratiques de bactériologie, M. Ledoux.
Le directeur de l'Ecole fournit des explications sur le fonctionnement du service. L'enseignement de l'anatomie et de l'histologie, tel qu'il est organisé maintenant, comprend l'anatomie théorique et pratique en 1re année. Le professeur, M. Julien, fait un cours d'anatomie préparatoire à la dissection, puis les élèves, divisés en séries, font un stage de trois mois au laboratoire spécial de l'Ecole pour disséquer des animaux, en suivant en même temps le cours d'anatomie générale du Dr P. Marié.
L'enseignement de l'anatomie et de l'histologie est donc ainsi organisé :

1re année. — Cours théorique préparatoire à la dissection, par M. Julien.
Eléments d'anatomie descriptive et d'histologie, par M. Marié.
Stage de dissection sur le chien dans le laboratoire de l'Ecole.

2e année. — Cours théorique d'anatomie régionale, M. Julien.
Cours pratique d'histologie, par M. Launois.

3e année. — Cours théorique d'anatomie régionale, par M. Julien.
Cours pratique de dissection à Clamart.

4e année. — Histologie dentaire, par M. Launois.

M. Ledoux présente les travaux en cours faits par les élèves : cultures en général, cultures de microbes non pathogènes, pathogènes, buccaux et autres ; il expose son programme, explique le but poursuivi et fait connaître les résultats obtenus.

MM. Debove et Mesureur, qui se sont quelque peu attardés dans ce laboratoire, traversent alors successivement la *salle de correspon-*

dance, où travaillent les employés chargés de ce service, les salles réservées au journal *L'Odontologie*, *la salle des archives*, *le bureau de l'administrateur*, *le secrétariat*, *la lingerie* et arrivent enfin à la *salle du Conseil d'administration*, où ils trouvent réunis à nouveau les membres du Conseil et du corps enseignant de l'Ecole, et où un lunch est préparé.

Enfin, malgré que cette visite ait duré plus de deux heures, M. Godon présente au doyen plusieurs livrets scolaires des élèves, en explique l'utilité et montre le nombre élevé de fiches individuelles des malades qui permettent de contrôler les travaux pratiques exécutés.

Il lui remet le programme de l'enseignement contenant le sommaire de tous les cours théoriques et pratiques divisés en trente leçons et lui fait remarquer que l'Ecole dentaire de Paris est la première école qui ait réussi à réunir en une brochure le programme de l'enseignement complet donné au dentiste, tel qu'il est appliqué chez nous. Enfin il prononce l'allocution suivante :

ALLOCUTION DE M. GODON

Monsieur le doyen,

Après avoir vu notre École dans un de ses jours de grande fête, vous avez voulu la voir en plein fonctionnement. Au nom du Conseil d'administration, au nom du Corps enseignant et des élèves, je vous exprime toute notre gratitude pour le grand honneur que vous nous avez fait en venant aujourd'hui visiter officiellement notre institution et inaugurer nos nouveaux services ; je vous l'exprime à vous aussi, monsieur le directeur de l'Assistance publique, qui êtes depuis si longtemps un de nos présidents d'honneur.

Vous savez que la création de ces services est due, comme celle de l'institution elle-même, à des dons et souscriptions, parmi lesquels deux méritent une mention spéciale : l'allocation de 10.000 francs du Ministère de l'Agriculture sur les fonds du pari mutuel, et le legs de 10.000 francs de notre ancien président E. Lecaudey, dont le nom est désormais attaché à la salle de 4e année que vous venez d'inaugurer.

C'est bien ici une œuvre collective, la maison commune des dentistes, qui n'appartient en propre à aucun de nous,

mais appartient également à tous, fonctionnant par le concours désintéressé de tous, avec une organisation parfaitement démocratique.

A ce titre, je le sais, elle devait déjà gagner vos sympathies. Mais, nous avons voulu vous montrer aussi que, comme établissement d'enseignement supérieur et professionnel de l'art dentaire, comme dispensaire gratuit pour les malades, elle est organisée d'après les progrès les plus récents de l'odontologie, et qu'à ces deux titres encore elle méritait d'attirer la bienveillante attention de M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris et de M. le directeur de l'Assistance publique.

Je pense que vous aurez trouvé ici la justification du bienveillant patronage que vous nous avez accordé en présidant, au mois de novembre dernier, la séance de réouverture de nos cours.

Vous avez vu la part importante qu'occupent, dans l'enseignement que nous donnons aux futurs dentistes, la dentisterie opératoire et la prothèse, l'anesthésie, l'antisepsie, les cliniques médicales et chirurgicales, l'histologie et la bactériologie.

Nous vous avons montré cette École en progression constante par l'inauguration des nouveaux services à laquelle nous venons de procéder :

Service de 1re année, enseignement préparatoire technique sur le « fantôme ».

Service de 4e année, enseignement de perfectionnement technique.

Dissection sur le chien pour la 1re année.

Histologie pratique pour la 2e année.

Extension nouvelle de la clinique d'anesthésie et de chirurgie et de la clinique stomatologique à l'hôpital Lariboisière.

Nous passons sous silence les perfectionnements et agrandissements apportés à la plupart des autres services du Dispensaire et aux services administratifs.

Vous avez vu, Monsieur le doyen, quels soins nous apportons à faire des jeunes gens que nous préparons pour vos

examens des dentistes instruits médicalement et techniquement, c'est-à-dire des dentistes complets, et vous, Monsieur le directeur de l'Assistance publique, avec quelle sollicitude nous nous efforçons de donner à nos malades et à ceux que nous envoient vos chefs de service des hôpitaux tout ce que la dentisterie complète offre de ressources pour leur traitement.

Je ne vous parle pas de nos dévoués collaborateurs, vous les avez vus à l'œuvre.

Me permettez-vous, en terminant, de formuler un vœu ?

Vous savez que nos élèves n'ont pu encore trouver à la Faculté de médecine, à la fin de leurs études, des examens en rapport avec cet enseignement complet de la dentisterie, pas plus que les malades ne trouvent dans les établissements de l'Assistance publique de Paris cette dentisterie complète que nous avons organisée ici.

Pour remédier à cette situation, notre Conseil d'administration souhaite que les meilleurs de nos élèves, une fois chirurgiens-dentistes de la Faculté de médecine de Paris et diplômés de l'Ecole dentaire de Paris, après une 4e année d'études ou deux ans de stage dans le corps enseignant de cette école, soient admis à concourir pour les postes de dentistes des hôpitaux, ce concours étant modifié dans le sens dentaire, afin qu'ils puissent devenir les examinateurs d'Etat que la loi de 1892 a voulu instituer.

Laissez nous espérer, Monsieur le doyen et Monsieur le directeur de l'Assistance publique, que vous emporterez de votre visite parmi nous une impression assez favorable pour que votre sympathie pour notre œuvre en soit accrue, pour que vous exauciez le vœu de notre Conseil d'administration et contribuiez ainsi à ajouter une étape nouvelle à l'évolution de l'Ecole dentaire de Paris et de l'odontologie française, à laquelle cette école est si intimement liée.

Messieurs, je vous invite à porter un toast à M. le professeur Debove, doyen de la Faculté de médecine, et à M. G. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, tous deux présidents d'honneur du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris.

M. le doyen répond en ces termes aux paroles de bienvenue de M. Godon.

DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR DEBOVE

Messieurs,

Vous avez pensé, en nous offrant ce verre de champagne, qu'après cette longue visite à travers vos nombreux services nous aurions besoin d'une restauration. Je vous en remercie ; c'est une bonne habitude que l'on a, lorsqu'on se réunit, de mettre ainsi le verre en main, habitude dont on abuse quelquefois ; mais j'y vois aujourd'hui autre chose. J'y vois le symbole des sentiments d'union, d'amitié, tel que l'avaient institué anciennement les religions par le partage en commun du pain et du vin, la communion sous les espèces du pain et du vin, et qui exprime bien les sentiments que j'éprouve pour votre institution et pour vous, Messieurs.

J'ai été très intéressé par tous les services que je viens de visiter et que vous m'avez invité à inaugurer avec M. le directeur de l'Assistance publique ; mais deux d'entre eux m'ont particulièrement frappé. Le premier est votre service de prothèse restauratrice, où j'ai vu de malheureux mutilés qui étaient devenus des objets de répulsion pour ceux qui les entourent et pour qui la vie, grâce à votre intervention, est devenue supportable. C'est là une œuvre de haute humanité, qui fait du dentiste un véritable bienfaiteur, et dont je vous félicite. L'autre est celui de la dentisterie opératoire, qui a satisfait mes sentiments patriotiques en me montrant que les dentistes étrangers n'étaient pas seuls aptes à faire de la bonne dentisterie, comme on le disait naguère.

Après avoir vu vos travaux on peut dire que ceux qui continueront à préférer les soins de vos confrères étrangers ne le feront que par snobisme.

Je suis heureux des sentiments d'union qui existent entre la Faculté de médecine et votre Ecole. Je dis union, car je considère que c'est une véritable union qui doit exister et

non une fusion, étant partisan du dentiste faisant de l'art dentaire et du médecin faisant de la médecine.

Il existe, à l'époque actuelle, un certain nombre de médecins qui se spécialisent en art dentaire à la fin de leurs études, sans y être peut-être suffisamment préparés. Il serait préférable de se spécialiser de bonne heure, car on ne connaît bien que ce qu'on apprend jeune.

En ce qui concerne les vœux formulés par M. Godon, notamment celui qui a trait aux examens, je n'ai pas qualité pour rien changer et c'est l'Académie de Paris qui s'occupe actuellement des études dentaires ; mais, si je suis consulté, je donnerai un avis favorable.

Au sujet du deuxième vœu tendant à l'admission des chirurgiens-dentistes diplômés au concours de dentistes des hôpitaux, je trouve logique que ces concours leur soient accessibles. Aussi j'étudierai soigneusement au Conseil de surveillance de l'Assistance publique toute proposition dans ce sens que croira devoir faire M. le directeur de cette administration, qui, comme moi, s'est rendu compte ce matin de l'importance des services de votre enseignement et de votre Dispensaire et du développement persistant de votre institution.

L'improvisation de M. Debove a produit une vive émotion et une grande joie dans l'assistance ; elle est incontestablement appelée à avoir un grand retentissement. Elle contient en effet des affirmations formulées avec une spontanéité à laquelle nous nous plaisons à rendre hommage et avec une netteté telle qu'elles ne peuvent être l'objet d'aucune discussion. Ajoutons que ces affirmations sont pour la deuxième fois faites par le doyen.

L'une a trait aux sentiments de franche et sympathique union qui doit exister et qui existe effectivement entre l'Ecole dentaire de Paris et la Faculté de médecine. La première s'est donné pour but de préparer ses élèves, dans les conditions les plus favorables au progrès de l'art dentaire et des connaissances annexes reconnues nécessaires, aux examens de la Faculté de médecine. C'est là une des conséquences de la loi de 1892 qui réglemente l'exercice de la profession de dentiste, libre jusqu'alors. Cette loi est elle-même la conséquence de la faveur dont jouissaient auprès du public les dentistes que l'Ecole avait déjà formés et qui répondaient à un besoin réel. Il

est donc tout naturel que le chef autorisé de la Faculté, reconnaissant les services rendus par l'Ecole, conscient de la grandeur et de la nécessité de l'œuvre accomplie, éclairé sur les mobiles élevés et désintéressés de notre institution, tienne à déclarer publiquement les sentiments d'estime que la Faculté de médecine nourrit à l'égard de ceux qui se préoccupent de l'instruction complète des nouveaux membres de la grande famille médicale.

Le doyen a tenu ensuite à redire l'heureuse impression qu'il emportait de la visite détaillée de nos locaux, la surprise agréable qu'il avait éprouvée en pénétrant dans quelques-uns et il a cité les services qui l'avaient plus particulièrement intéressé. Comment n'aurait-il pas été impressionné, en effet, par la vue des malades venant demander à la prothèse restauratrice bucco-faciale ses nombreuses et ingénieuses ressources! C'est ce qu'il a déclaré avec une grande simplicité, et nous avons le droit de nous enorgueillir de ses félicitations, car c'est avec nos propres ressources, avec le seul dévouement des membres de notre corps enseignant et avec notre sage administration que nous pouvons ainsi secourir *gratuitement* les nombreux opérés que les chirurgiens des hôpitaux adressent à l'Ecole, afin qu'elle les mette en état de profiter utilement de leur intervention, et elle seule peut le faire. La longue liste de ces chirurgiens, qui comprend les noms les plus réputés des maîtres de la chirurgie, a montré au doyen l'estime dans laquelle l'Ecole est tenue dans ce milieu, et, grâce à la présentation des résultats obtenus, il a pu se faire une idée bien nette de la valeur de cette branche de l'art du dentiste.

La visite de ce service a dû d'ailleurs causer à M. le directeur de l'Assistance publique un grand étonnement, car il a pu se rendre compte, lui aussi, de l'insuffisance des services dentaires hospitaliers, cependant tout indiqués pour donner ces soins, appliquer le traitement ultime et permettre aux docteurs dentistes titulaires de ces services de fournir fréquemment des preuves de leurs connaissances prothétiques si variées. Il a été du même coup fixé sur le peu de confiance que les chirurgiens des hôpitaux ont à cet égard dans ces docteurs, dont ils connaissent depuis longtemps l'incompétence en la matière.

Notre enseignement de perfectionnement de 4° année n'a pas non plus laissé le doyen indifférent. Les travaux de dentisterie compliqués qui lui ont été présentés et expliqués ont fait vibrer chez lui une corde sensible, celle du patriotisme. Aussi n'a-t-il pas manqué de nous déclarer que, s'il avait entendu répéter souvent autrefois que les dentistes étrangers étaient seuls capables de confectionner des travaux de ce genre, il était persuadé maintenant que les Français qui pouvaient encore avoir cette idée ne l'avaient que par *snobisme*. Il ne se doutait certes pas qu'il traduisait ainsi à quelques mots près l'opinion des dentistes américains les plus autorisés.

Mais le passage le plus saillant de son éloquente improvisation est celui dans lequel il a exposé la façon dont il concevait l'exercice de notre profession : il s'est montré nettement partisan du chirurgien-dentiste exerçant l'art dentaire dans toute sa plénitude et avec toutes les connaissances requises. Aussi, en raison de la complexité de l'odontologie, s'est-il prononcé catégoriquement pour *l'union* avec la médecine *sans fusion* avec elle ; il considère en effet que la plupart des raisons qui poussent les docteurs en médecine à se spécialiser dans notre profession ont des rapports extrêmement éloignés avec le progrès et le développement de l'odontologie, et, comme nous, il est partisan de l'autonomie de notre profession. Il estime préférable la spécialisation dès le début des études, car, seule, elle permet d'acquérir l'habileté manuelle, base fondamentale des services que nous sommes appelés à rendre au public et, seule, elle peut permettre aux dentistes futurs de continuer l'évolution naturelle de notre spécialité. La dentisterie doit demeurer une spécialité nettement séparée des autres et évoluer dans une complète indépendance. Le rêve caressé par quelques-uns de l'identifier aux autres branches de la médecine ne se réalisera jamais et le grade conféré par la Faculté de médecine, que l'on déclarait devoir être provisoire, sera bien le grade définitif. Si l'unité de titre doit s'opérer, ce sera sur un titre nouveau, qui sera cette fois en rapport avec les études faites et les services rendus au public.

Enfin, en réponse aux vœux formulés par M. Godon, au nom du Conseil d'administration de l'Ecole, le doyen a déclaré qu'il était favorable à celui qui vise les examens, que celui qui a trait à l'admission des chirurgiens-dentistes au concours de nomination des dentistes des hôpitaux était *logique* et qu'il étudierait soigneusement toute proposition dans ce sens faite par le directeur de l'Assistance publique au Conseil de surveillance de cette administration. M. Debove s'est servi du mot *logique*, car il est illogique, en effet, que les chirurgiens-dentistes créés par la loi de 1892 et ayant seuls satisfait aux exigences de cette loi soient écartés de ce concours, tandis que les médecins qui n'ont justement pas fait preuve des connaissances spéciales que cette fonction exige sont précisément les seuls à y prendre part. Cette décision, arrachée après un long débat au Conseil de surveillance circonvenu par des intéressés, est une injustice criante, qui réclame une réparation.

Et maintenant que les autorités les plus compétentes pour nous juger nous ont vus à l'œuvre en pleine activité et ont apprécié les résultats que nous avons obtenus, ne convient-il pas de se demander si la phase difficile de notre évolution est enfin terminée ? Est-ce que, après les incidents prévus qui viennent de se produire au sein même de leur société, les confrères enregimentés sous la bannière qui porte

le mot trompeur de *stomatologie* vont continuer à marcher de défaite en défaite, en recevant à chaque porte où ils frappent un accueil qui devrait les lasser ? Certes nous reconnaissons volontiers qu'il se trouve parmi eux quelques éléments jeunes, actifs et travailleurs ; mais comment ceux-ci peuvent-ils continuer à suivre la voie dans laquelle les ont engagés des chefs qui sacrifient à des haines datant d'une époque où l'avenir de notre profession en France était sombre, et où les praticiens réputés étaient presque tous des étrangers ? Le temps a marché depuis que ces chefs s'obstinent aveuglément à entonner en toute occasion le même couplet de vieilles chansons qui n'ont même pas l'excuse d'être françaises. Pourquoi ces confrères, qui sont d'un autre âge et qui n'ont aucune raison d'épouser ces haines, de partager ces rancunes, persistent-ils à vouloir ignorer qu'il y a dans notre Groupement des branches de nature à fournir un aliment à l'ardeur stomatologiste des éléments jeunes ? Ne pourraient-ils pas venir à l'Association générale des dentistes de France, pour y défendre leurs idées et les faire prévaloir, s'ils croient à la suprématie future du doctorat en médecine ? Ne pourraient-ils pas montrer, à la Société d'Odontologie, qu'en outre de leurs connaissances médicales ils possèdent aussi la technique de notre art ? Les communications, démonstrations et discussions leur en fournissent le moyen. Enfin ceux d'entre eux que leurs aptitudes portent plus particulièrement vers l'enseignement ne trouveraient-ils pas dans notre école, ouverte à tous grâce au concours, l'occasion de témoigner de ces aptitudes pédagogiques, en les mettant au service de l'enseignement des dentistes futurs et des progrès de l'odontologie en général ?

Il en est certainement parmi eux qui aiment leur profession d'un ardent amour pour les satisfactions morales et élevées qu'elle peut procurer ; vont-ils se sacrifier plus longtemps dans des efforts qui doivent demeurer stériles ? Rappelons-leur que le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, fondé, il y a vingt-cinq ans, sur des bases démocratiques, est demeuré ce qu'il était à ses débuts. Il accueille tous ceux qui veulent donner quelque preuve de travail et de dévouement ; toutes les idées peuvent y être représentées, et c'est justement ce qui fait sa force ; aussi ne craignons-nous pas d'adresser un appel à tous ceux qui en ont à défendre, à charge par eux de prendre leur part de travail dans la collectivité.

Depuis quelques années notre Groupement a paru se recueillir, laissant passer les critiques et les attaques dirigées contre lui par un petit nombre de sectaires qui ne veulent rien voir de l'œuvre admirable qui s'accomplit depuis vingt-cinq ans, malgré leurs mesquines jalousies et leur jugement partial. Mais, sous ce recueillement apparent, l'Ecole dentaire de Paris s'est préoccupée d'assurer au point de vue scientifique et moral la situation des odontologistes français dans

les différentes réunions professionnelles du monde entier. Après avoir mis sur pied et fait réussir le gigantesque Congrès de 1900, elle a créé la Fédération dentaire internationale et la Fédération dentaire nationale, donnant ainsi à la dentisterie française la place qu'elle doit occuper à bon droit, elle a modifié profondément son enseignement, augmenté considérablement le nombre de ses services, élaboré, coordonné et unifié ses programmes, et mis son installation matérielle en harmonie avec ces créations et avec les progrès modernes.

Cette œuvre immense a été appréciée à sa juste valeur : l'heure de la récompense a sonné et ce sont les autorités les plus qualifiées qui sont venues la lui apporter. L'inauguration des nouveaux bâtiments de l'Ecole dentaire de Paris, faite par le doyen de la Faculté de médecine et par le directeur de l'Assistance publique, les témoignages de visiteurs étrangers de marque, sont bien la confirmation la plus éclatante de la réussite.

En ce jour, qui pour nous est un jour de réjouissance, parce qu'il couronne notre œuvre, nous n'éprouvons d'autre désir que celui de faire mieux et plus grand encore, et pour cela nous serions heureux d'obtenir toutes les collaborations. Si chacun consentait à nous apporter seulement un peu du meilleur de soi-même, l'Odontologie française et l'Ecole dentaire de Paris ne tarderaient pas à obtenir la suprématie que leur prédisent les témoins impartiaux de leurs efforts et de leur renaissance.

Souhaitons que cet appel soit entendu : l'avenir de la profession en sera le premier bénéficiaire.

P. MARTINIER.

Travaux Originaux

INDICATIONS ET AVANTAGES DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE POUR LES EXTRACTIONS DENTAIRES

Par le Dr E. Friteau,
Professeur de clinique d'anesthésie à l'École dentaire de Paris.

Nous n'avons pas l'intention au cours de ce travail de déclarer la guerre à l'anesthésie locale par la cocaïne et la réfrigération : l'un et l'autre de ces procédés ont de multiples indications qui justifient leur emploi régulier en chirurgie dentaire, indications qui se trouveront rappelées ici par ce fait que, en dehors des cas spéciaux que nous déclarerons être justiciables de l'anesthésie générale, tous les autres cas sont, dans notre pensée, justiciables de l'anesthésie locale : réfrigération ou cocaïne et ses dérivés. Nous laissons ainsi à ces modes d'anesthésie les multiples interventions que leur innocuité autorise, et nous nous gardons bien de tenter de restreindre le vaste champ de leurs justes applications. Si, de temps en temps, au cours de notre travail, nous nous montrons un peu sévère vis-à-vis de la cocaïne, c'est que nous y avons été autorisé par certaines critiques excessives de M. Sauvez[1] contre l'anesthésie générale. Tout en nous déclarant partisan de l'anesthésie générale dans un très grand nombre d'interventions dentaires, nous ne laisserons pas dire que nous sommes un adversaire de la cocaïne : chacune des deux méthodes a sa place marquée dans notre pratique journalière : l'une n'exclut pas l'autre, mais l'une complète l'autre. Telle est la conviction qui domine notre pensée et que nous avons tenu à écrire en tête de notre communication.

---

1. E. Sauvez, *Etude critique de l'emploi de l'anesthésie générale ou locale pour l'extraction des dents.* Société d'Odontologie de Paris, 9 avril 1904, in *Odontologie*, pages 329 à 353, n° du 15 avril 1904.

Nous diviserons notre travail en deux parties : la première sera consacrée aux anesthésiques généraux de courte durée; la deuxième comprendra l'étude des anesthésiques généraux de longue durée. Dans chacune de ces parties, avant de discuter les avantages et les inconvénients des anesthésiques envisagés, nous commencerons par poser les indications dentaires de chacun d'eux. Nous ne pensons pas pouvoir nous placer sur le même terrain que notre confrère, M. Sauvez, qui a basé son étude sur « l'extraction d'une dent dont le ligament n'est pas enflammé » ; nous croyons, en effet, qu'une « dent non enflammée » [1] n'est pas justiciable de l'extraction; la dentisterie opératoire nous a appris depuis longtemps à la conserver : l'extraction n'est plus le traitement journalier des douleurs dentaires, elle n'en est plus que le traitement exceptionnel. Cette remarque devait être faite dès le début de notre étude : elle permettra au lecteur de mieux comprendre les divergences absolues qui séparent l'opinion de M. Sauvez de notre opinion personnelle.

I. — Les anesthésiques généraux de courte durée.

Nous n'envisagerons dans notre étude que les anesthésiques qui sont couramment employés en chirurgie dentaire : le protoxyde d'azote, le chlorure d'éthyle et le somnoforme. Nous ne parlerons pas du bromure d'éthyle, qui est à peu près complètement abandonné dans notre pratique spéciale. A propos du chlorure d'éthyle, disons immédiatement que le produit que l'on emploie sous ce nom n'est pas, comme on pourrait le croire, du chlorure d'éthyle chimiquement pur, qui bout à $+ 12° 5$, mais bien un mélange de chlorure d'éthyle et de chlorure de méthyle fait dans de telles proportions que le point d'ébullition du mélange est à $0°$.

Quant au somnoforme, sa composition, ses avantages et ses indications sont actuellement bien connus, grâce aux travaux de notre confrère, le Dr Rolland [2].

---

1. E. Sauvez, *loco citato*, p. 347.
2. Rolland, *De l'anesthésie générale par le somnoforme.* Congrès d'Ajaccio, 10 septembre 1901, in *Odontologie*, 15 décembre 1901, page 493.

1° Indications cliniques.

Quelles sont les opérations dentaires que nous déclarons être justiciables de cette variété de narcose ?

1° L'extraction d'une dent atteinte de *périostite aiguë* [1]. Ce cas particulier est nettement du domaine de l'anesthésie générale : nous n'en voulons pour preuve que l'assertion du Pr Reclus [2], écrivant que dans « la gingivo-périostite la cocaïne ne rend que de médiocres services. » En 1898, notre confrère M. le Dr Roy [3] s'exprimait ainsi : « Les anesthésiques locaux, qu'on s'adresse aux réfrigérants ou à la cocaïne, agissent mal ou pas du tout sur les tissus enflammés. Reclus l'a dit depuis longtemps et nous en avons chaque jour la démonstration dans notre pratique. Dans les cas de périostite aiguë, l'anesthésie locale ne peut être employée avec certitude de succès : quelquefois on obtiendra un résultat satisfaisant, mais ces cas sont si rares qu'on ne peut les ériger en principe, et, pour ma part, je ne fais pas d'anesthésie locale en cas d'arthrite aiguë. » Etant donné que la complication de périostite aiguë est une de celles pour lesquelles l'extraction est le plus souvent pratiquée, car l'on extrait rarement des dents dont le ligament n'est pas enflammé, il en résulte qu'un grand nombre d'extractions dentaires sont justiciables de l'anesthésie générale, si l'on veut tenir au patient la promesse faite d'extraction sans douleur ;

2° L'extraction d'une dent sur laquelle s'est développé un *volumineux abcès alvéolaire*. Il est impossible de penser à faire, au voisinage de la dent, des injections de cocaïne, suivies d'analgésie certaine ; le volume de l'abcès est tel qu'il

---

1. Nous emploierons dans ce travail, le terme habituel de périostite bien que nous partagions complètement la manière de voir de notre confrère, le Dr Frey, et que, comme lui, nous jugions nécessaire de remplacer ce mot par celui d'*arthrite alvéolo-dentaire* (L. Frey et G. Lemerle, *Pathologie des dents et de la bouche*, page 62, 2e édit. Baillière éditeur. Paris 1904.

2. Reclus, *La cocaïne en chirurgie*, page 66. G. Masson, éditeur, Paris.

3. M. Roy, *Les contre-indications de l'anesthésie locale*, Société d'Odontologie de Paris, 3 mai 1898, in *Odontologie*, 30 mai 1898, page 394.

intéresse la gencive couvrant la dent ou les dents voisines. Faire, par exemple, des injections gingivales au niveau de la canine, lorsqu'il s'agit d'une deuxième prémolaire sur laquelle s'est développé un volumineux abcès, nous paraît aller au-devant d'un échec certain d'analgésie ;

3° L'extraction d'une dent, dont la gencive présente *un ou plusieurs orifices fistuleux,* par lesquels, quoi qu'en disent les partisans de la cocaïne, le liquide injecté peut sortir totalement ou partiellement, empêchant ou diminuant ainsi l'action analgésiante. A ce propos, M. Reclus[1] s'exprime ainsi : c'est au chloroforme ou à l'éther que l'on doit s'adresser « lorsque les tissus enflammés sont déjà ulcérés et que la cocaïne s'échapperait par des fistules avant de s'être infiltrée dans l'épaisseur des tissus » ;

4° L'extraction d'une dent, dont la *gencive* a été *contusionnée, déchirée, décollée* par des tentatives récentes d'extraction. C'est là un cas qui se présente fréquemment en clinique : on constate un décollement parfois si étendu de la gencive que l'on se demande comment il serait possible de faire dans ce lambeau gingival une injection effective de cocaïne ;

5° L'extraction d'une *dent de sagesse supérieure.* La plupart du temps les deux premières grosses molaires font une telle saillie en dehors sur l'arcade dentaire qu'elles masquent complètement la face externe de la gencive au niveau de la dent de sagesse. Une piqûre de cocaïne, une application locale de coryl sont impossibles à pratiquer sur cette partie de la gencive ; l'insensibilisation ne peut être obtenue qu'avec la narcose complète : le protoxyde d'azote ou les dérivés éthyl-méthyl-chlorés donnent toujours une narcose assez longue pour pratiquer cette extraction complète et sans douleur. Il en est de même dans tous les cas où la dent de sagesse est anormalement placée sur le bord alvéolaire, soit qu'elle incline sa face triturante vers la joue, soit qu'elle l'incline vers la langue ;

---

1. Reclus, *loco citato*, p. 67.

6° L'extraction d'une *dent de sagesse inférieure,* sans trismus ou avec un trismus léger. Chacun sait combien la salivation profuse rend inapplicable la réfrigération pour les grosses molaires inférieures, combien il est impossible, à cause de la courbure du bord alvéolaire, de pratiquer une injection de cocaïne sur la face interne de la gencive au niveau de la dernière molaire. Le chlorure d'éthyle donne, ainsi que les autres anesthésiques de courte durée, une anesthésie parfaite dans ce cas particulier : nous ajoutons même que nous avons quelques observations d'extraction de dent de sagesse avec trismus intense pratiquées à notre clinique de l'Ecole sous la narcose du chlorure d'éthyle : en poussant le sommeil jusqu'au ronflement profond, nous avons obtenu, avec l'ouvre-bouche, un écartement des arcades dentaires largement suffisant pour saisir avec un davier la dent préalablement luxée à la langue de carpe. Nous pensons toutefois, et nous le dirons plus loin, que le trismus oblige le plus souvent à la narcose chloroformique ;

7° L'extraction d'une *dent anormalement placée sur le bord alvéolaire,* et disposée de telle sorte que la dent ou les dents voisines masquent entièrement les faces de la gencive où l'injection devrait être appliquée ;

8° Les *extractions multiples,* au nombre de 2 à 7 ou 8, contiguës ou non, dont la durée ne paraît pas devoir excéder deux minutes pour le chlorure d'éthyle et le somnoforme, et une minute pour le protoxyde d'azote. Avec l'anesthésie générale, la prise de la dent sur le sujet inerte peut être plus profonde et partant plus sûre, et c'est ainsi que nous pouvons pratiquer, sans délabrement gingival ou osseux, sans aucune fracture, sans hâte critiquable, un nombre relativement élevé d'extractions de dents ou de racines, sans que le malade se réveille avant la fin de l'opération. Nous reviendrons plus loin sur les avantages concernant ces extractions multiples faites en une seule séance ;

9° Les extractions multiples de *dents plus ou moins déchaussées* au cours d'une polyarthrite alvéolo-dentaire, et dans laquelle la gencive détruite ou profondément décollée

ne permettrait aucune application utile de cocaïne ou de réfrigérants. Les dangers de septicémie ou les douleurs sont parfois si intenses qu'il y a intérêt à débarrasser le malade en une séance de nombreuses dents plus ou moins chancelantes. Dans ce cas particulier, le chlorure d'éthyle ou le somnoforme, avec une seule dose de 3 à 5 cc., permettent de faire un nombre très élevé d'extractions : 15 à 20. Nous voyons fréquemment à l'Ecole des malades négligents ou peureux qui ont laissé évoluer la polyarthrite alvéolo-dentaire, avec une telle intensité qu'aucun autre traitement que l'extraction ne pourrait être proposé. Débarrasser avec une seule intervention, un malade de ses dents chancelantes, c'est éviter les troubles infectieux graves de la polyarthrite, sur lesquels M. Galippe [1] a tout récemment insisté ;

10° Les malades qui déclarent ne vouloir se laisser extraire une dent, à laquelle aucun autre traitement ne peut être appliqué, qu'avec le secours de l'anesthésie générale. Nous pensons que les dangers de l'anesthésie générale par les agents de courte durée sont si minimes que nous n'avons pas le droit d'exposer un malade à des accidents d'infection buccaux ou généraux, sous le prétexte qu'il refuse l'anesthésie cocaïnique, et nous conseillons de soumettre à la narcose complète ceux qui la réclament, de même que nous conseillons de soumettre à la cocaïne ceux qui réclament le secours de cet alcaloïde. Sur ce point particulier, nous tenons à reproduire l'opinion formulée par M. Roy [2] dans le travail déjà cité : « Le devoir du dentiste est de faire tout son possible pour amener le malade à accepter l'anesthésie locale, » et, s'il ne peut y réussir, il ne lui restera qu'à donner » satisfaction à son malade, après l'avoir prévenu des dangers de l'anesthésie générale, dangers très minimes, il est » vrai, mais possibles. » Nous reproduisons cette opinion, bien qu'elle diffère de la nôtre sur quelques détails d'application, parce qu'elle est en contradiction absolue avec l'opi-

---

1. V. Galippe, *A propos des infections d'origine buccale*, Société de Biologie, 1903.
2. M. Roy, *loco citato*, in *Odontologie*, 30 mai 1898, page 398.

nion de M. Sauvez, qui conseille de refuser l'opération sous la narcose réclamée par le patient, lorsque cette opération peut être pratiquée avec l'anesthésie locale ;

11° Les malades, aux *périodes extrêmes de la vie,* qui ont à faire pratiquer une intervention dentaire dont la durée ne doit pas excéder une à deux minutes. Chacun sait combien les alcaloïdes, et en particulier la cocaïne, sont mal tolérés par les enfants au-dessous de 10 ans ; chez les jeunes sujets, nous conseillons la dose de 3 cc. de chlorure d'éthyle ou de somnoforme, anesthésiques qui nous ont toujours donné d'excellents résultats : les petits malades s'endorment sans aucune excitation, et la durée de la narcose est toujours suffisante pour extraire une ou deux dents de six ans, par exemple. Reclus [1] ne dit-il pas sur cette question : la substitution de la cocaïne aux anesthésiques généraux « n'est pas possible chez les enfants que la vue des instruments épouvante : la première piqûre leur ôte confiance et on ne saurait compter sur leur tranquillité au cours de l'opération. Chez eux, avant 6 ans, je n'ai jamais recours à la cocaïne, et, après 6 ans, le nombre est restreint de ceux qui ont assez de raison pour se laisser faire » ? Plus loin, le même auteur ajoute : « ce n'est qu'à partir de 10 à 12 ans que la cocaïne est d'un usage courant ». Nous abritant derrière cette opinion de M. Reclus au sujet de l'immobilité incertaine des enfants, nous préférons conseiller l'emploi de l'anesthésie générale pour les cas, d'ailleurs fort rares maintenant, où l'on a 1 ou 2 extractions dentaires à pratiquer chez de jeunes sujets ayant moins de 15 ans. — Chez les vieillards, nous conseillons, de préférence à la cocaïne, l'emploi des doses minimes de chlorure d'éthyle ou de somnoforme ; l'élimination par les voies respiratoires est instantanée et elle ne provoque aucun trouble fonctionnel ; pourrait-on en dire autant de l'élimination de la cocaïne chez les sujets âgés dont l'émonctoire rénal fonctionne souvent mal ? On trouve d'ailleurs fréquemment chez les vieillards d'autres contre-indications à la cocaïne, par exemple la des-

1. Reclus, *loco citato*, page 62.

truction presque complète de la muqueuse gingivale par la polyarthrite alvéolo-dentaire ;

12° Les malades, dont l'état dentaire menace de produire des accidents septicémiques graves et qui ont des lésions cardiaques. Nous savons combien la cocaïne est contre-indiquée chez les cardiaques, particulièrement chez les aortiques : tous les auteurs sont d'accord pour conclure à l'innocuité absolue du chlorure d'éthyle dans les affections du cœur, à l'exception des cas de dégénérescence graisseuse du cœur. Nous n'hésitons pas, au cas où les lésions dentaires menacent de produire des accidents d'infection locale ou générale, à administrer chez les cardiaques une dose de 3 à 5 cc. de chlorure d'éthyle : nous reproduirons plus loin l'opinion du Pr Lucas-Championnière sur la nécessité du sommeil chez les cardiaques.

2° Choix d'un anesthésique de courte durée.

a) Le *protoxyde d'azote* sera donné pour les interventions faciles dont la durée ne devra pas dépasser 40 ou 50 secondes : on se gardera bien de pousser l'administration jusqu'à ce que le malade « vire au noir », comme nous l'avons vu faire par quelques confrères étrangers. L'anesthésie est suffisante lorsque le malade laisse retomber inerte le bras préalablement élevé. — Le protoxyde d'azote a, sur tous les autres anesthésiques généraux, l'avantage d'être inodore : aussi convient-il particulièrement aux nerveux, aux pusillanimes, chez lesquels les premières inhalations de chlorure d'éthyle pourraient provoquer, d'après quelques auteurs, une certaine répulsion dont la durée ne dépasse jamais 1 à 2 secondes.

L'innocuité du protoxyde d'azote est universellement reconnue ; à part le cas de Duchesne, cité dans tous les traités classiques, il n'est pas à, notre connaissance, de cas mortel justement attribué à l'administration du gaz hilarant. Nous ne pouvons répondre à l'argument que M. Sauvez tire contre le protoxyde des statistiques spéciales : elle nous paraît quelque peu légère cette statistique du médecin anglais,

anesthésiste, qui est résumée par ces mots : « protoxyde d'azote, impossible à calculer. » Nous pensions jusqu'à ce jour que toute statistique était basée sur des calculs : quelle peut être la valeur d'une statistique dans laquelle on n'a pu calculer ! Nous aurions pu rechercher les bases de cette statistique pour les discuter, mais l'indication bibliographique donnée par M. Sauvez est incomplète ; le nom de l'auteur n'y est pas mentionné ; il ne nous a donc pas été possible de remonter à l'origine du document.

A notre avis, l'administration du protoxyde d'azote peut être pratiquée sans faire courir au patient le moindre risque de mort.

b) Le *chlorure d'éthyle* ou le *somnoforme* seront donnés pour les interventions dont la durée sera évaluée à 1 min. 1/2 à 2 minutes. On nous objecte qu'il est aussi difficile d'évaluer la durée de la narcose que celle de l'extraction, et qu'avec les agents de courte durée on risque que le malade se réveille avant la fin de l'opération. Nous répondrons que, avec le masque de Robinson[1] et des doses de 3 à 5 cc., la durée du sommeil est toujours supérieure à 2 minutes : si l'opération n'est pas terminée à la fin de la première narcose, il est extrêmement simple et sans danger d'administrer une nouvelle dose de 1 à 2 cc. qui prolongera le sommeil d'une durée de 2 minutes environ. C'est là une question de pratique courante que nos élèves appliquent journellement, sans que le malade éprouve, durant ou après le sommeil, le moindre malaise.

Les dérivés éthylés ne provoquent ni excitation ni répulsion lors des premières bouffées : depuis que nous commençons par habituer le malade à « respirer à blanc » dans le masque de Robinson, nous n'avons jamais observé les phénomènes de répulsion dont parlent quelques auteurs. Les malades retiennent quelquefois leur respiration pendant 1 ou 2 secondes, mais ils reprennent vite leur rythme respiratoire normal pour s'endormir, sans secousse, au bout de 30 à 40 secondes.

---

1. Rolland, *Présentation d'un masque anesthésique pour l'administration du somnoforme* (*masque de Robinson*). Société d'Odontologie de Paris, 3 novembre 1903, in *Odontologie*, p. 609, n° du 15 décembre 1903.

Les statistiques concernant les dérivés éthylés sont une démonstration absolue de l'innocuité de ces produits : le somnoforme a actuellement derrière lui plus de 20.000 cas, sans aucun accident mortel. Quant au chlorure d'éthyle, le seul décès constaté sur les 16.000 cas, que contient la statistique du médecin anglais cité par M. Sauvez, concerne un malade « âgé, atteint de dégénérescence graisseuse du cœur et d'artério-sclérose très prononcée des artères coronaires ». Que serait devenu ce malade s'il avait été soumis à des injections de cocaïne ou même à la douleur d'une extraction sans le secours d'aucun analgésique? Nous pouvons donc conclure, avec des statistiques totales de près de 40.000 cas, que les dérivés éthylés sont d'une innocuité complète : nous reviendrons d'ailleurs sur cette question au cours de notre travail

Telles sont, en ce qui concerne les anesthésiques généraux de courte durée, les principales indications telles que nous les concevons.

3° Avantages des anesthésiques généraux de courte durée.

Le principal avantage de l'anesthésie générale en art dentaire, c'est la *suppression absolue* de toute sensation pénible escortant l'opération elle-même. Personne, même parmi les partisans les plus résolus de la cocaïne, ne soutiendra que cet anesthésique local ne soit autre chose qu'un analgésique : il supprime la douleur, mais il laisse subsister la sensation de contact ; or, l'enfoncement du davier, le craquement des mors du davier sur la racine, la rupture du ligament alvéolaire sont des sensations pénibles pour tous, douloureuses pour d'autres, que la cocaïne n'annihile pas. C'est pour cette raison qu'il existe certaines catégories de malades qui réclament l'anesthésie générale. Les uns sont ceux qui, doués d'une nervosité excessive, ne se laisseraient pratiquer aucune intervention dentaire sans être endormis. Les autres sont ceux qui, analgésiés dans d'excellentes conditions avec la cocaïne, sont pour une nouvelle extraction soumis à l'anes-

thésie générale ; la comparaison faite par ces malades entre les deux modes d'insensibilisation est telle qu'ils déclarent refuser pour l'avenir tout agent médicamenteux qui ne les plongera pas dans la narcose complète ; ils ont conservé de la perception des divers temps de l'extraction un souvenir si pénible que leur résolution est prise dès qu'ils connaissent le protoxyde d'azote ou le chlorure d'éthyle. Il appartient donc à ceux qui croient à la supériorité de l'anesthésie générale de multiplier leurs démonstrations pour accroître sans cesse le nombre des malades qui exigeront du dentiste l'insensibilisation absolue de la narcose complète, au lieu de la simple analgésie de la cocaïne.

Un autre avantage de l'anesthésie générale, c'est la suppression *certaine* de la douleur. Il existe, en effet, certains malades qui, soumis à des injections de cocaïne parfaitement pratiquées dans des gencives non enflammées, accusent durant l'extraction une sensation douloureuse très nette. Le pourcentage de ces malades n'est peut-être pas très élevé, mais le fait est certain. Nous n'en voulons pour preuve que l'expérience de chacun, et les nombreux faits rapportés dans la littérature, notamment ceux de M. Caracatzanis, communiqués au 1er Congrès international de 1889. « Injection de 3 centigrammes pour l'extraction d'une grosse molaire supérieure gauche : *anesthésie nulle* ; sur plus de deux cents dents extraites, anesthésie complète sur les dents de la mâchoire supérieure, anesthésie *incomplète* et même souvent nulle sur les dents de la mâchoire inférieure [1] ».

Combien il est désagréable pour un dentiste qui a promis une suppression certaine de la douleur d'entendre un patient lui déclarer que l'extraction, malgré la cocaïne, a été douloureuse ! Avec les anesthésiques généraux, on est assuré de toujours tenir la promesse faite de l'extraction sans douleur.

---

1. Caracatzanis, *Le chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique local*, in Comptes rendus du 1er Congrès dentaire international de 1889. Lecrosnier et Babé, édit., 1891, pages 201-202.

L'anesthésie générale permet seule de pratiquer sans douleur certaines extractions.

Lorsqu'il existe sur le bord alvéolaire de volumineux abcès occupant toute la gencive depuis son bord libre jusqu'au cul-de-sac gingivo-jugal ou labial, lorsque la gencive présente des orifices fistuleux, lorsque les dents sont fortement déchaussées, il est difficile de pratiquer efficacement contre la douleur des injections de cocaïne. On conseille bien des injections aussi rapprochées qu'il est possible de la dent à extraire, mais le résultat anesthésique est souvent mauvais. Avec l'anesthésie générale il n'y a dans l'état des gencives aucune de ces contre-indications multiples de l'anesthésie locale, contre-indications qui sont trop connues pour que nous insistions sur ce point particulier. Il est toujours possible avec l'anesthésie générale, de pratiquer des extractions sans douleur, même si les gencives sont criblées d'orifices fistuleux, même si le bord alvéolaire est recouvert de pus, même si l'épaississement du bord libre de la gencive a été détruit au cours d'une polyarthrite alvéolo-dentaire.

On nous objecte que les anesthésiques de courte durée ne permettent pas toujours de terminer l'extraction durant la narcose. Nous avons déjà dit que, étant donné que le malade est absolument insensible, la prise de la dent par le davier peut être plus profonde et partant les chances de fracture de la dent sont considérablement diminuées. Dans les cas malheureux où la dent cassée nécessite plusieurs tentatives et où le malade se réveille avant l'extraction complète, n'avons-nous pas la possibilité d'administrer au patient, avant son réveil, une nouvelle dose d'agent anesthésique qui prolongera suffisamment le sommeil pour terminer l'opération commencée ?

D'autre part, d'après les assertions des malades eux-mêmes, la douleur de l'injection de cocaïne, même précédée de la réfrigération ou de l'application sur la gencive d'un tampon cocaïné, n'est pas toujours évitée ; — pour nous la douleur de l'injection est d'autant plus vive que les tissus

sont plus denses ; à la souffrance provoquée nécessairement par la piqûre vient s'ajouter la sensation désagréable pour le malade de l'effort considérable que le dentiste développe pour faire pénétrer le liquide. Il est certain que cet inconvénient-là, si inconstant et si faible qu'il puisse être, n'existe pas avec l'anesthésie générale.

On nous dira que l'inhalation des vapeurs anesthésiques provoque une sensation d'étouffement dont la gêne contrebalance amplement la douleur de la piqûre. Nous répondrons que cette sensation est inconstante ; — que, si elle se produit, elle ne constitue pas une douleur bien vive, puisqu'elle est très rarement, de la part du malade, un obstacle lors d'anesthésies ultérieures, tandis que de nombreux malades ne veulent pas de cocaïne par peur de la piqûre. Nous répondrons aussi que le protoxyde d'azote, sans odeur, est d'inhalation agréable, et que son nom de gaz hilarant reste toujours justifié.

Les nombreux malades soumis par nos excellents confrères Rolland et Robinson aux inhalations de somnoforme, tous les malades que nous avons personnellement endormis à l'École soit au chlorure d'éthyle, soit au somnoforme, n'ont manifesté aucune répulsion spéciale vis-à-vis de ces agents anesthésiques : je n'en veux pour preuve que le nombre sans cesse croissant des malades dentaires qui fréquentent nos services, soit qu'ils aient été endormis eux-mêmes et qu'ils ne veulent plus entendre parler d'autre mode d'anesthésie, soit qu'ils aient entendu vanter par des amis les agréments de l'anesthésie générale. Les faits de répulsion des premières inhalations, dont parlent certains auteurs, tiennent, sans nul doute, à des doses trop considérables de médicament : ne savons-nous pas que certains anesthésistes administrent 10 cc. de chlorure d'éthyle, alors que nous avons établi que 3 et 5 cc. suffisent avec l'emploi du masque de Robinson. — Cette répulsion disparaît totalement si l'on a soin de conseiller au malade de faire dans le masque une dizaine d'inspirations « à blanc ».

Il est un avantage inappréciable qui concerne spécialement le chlorure d'éthyle : c'est celui qui concerne l'état de vacuité de l'estomac du malade. La plupart des auteurs qui ont étudié le chlorure d'éthyle sont d'accord sur ce point. Nous nous contenterons de citer l'opinion du Dr Labignette [1]: pour cet auteur dans les interventions de courte durée et urgentes, le chlorure d'éthyle peut être employé sans inconvénients même si le malade vient de manger. Cette opinion est d'ailleurs confirmée par les expériences de Malherbe [2] : au 14e Congrès de chirurgie, notre confrère a publié le résultat de ses observations : sur un certain nombre de chiens endormis au chlorure d'éthyle, il s'en est trouvé cinq qui venaient de manger ; une seule fois, il y a eu vomissement.

La clinique confirme les expériences de Malherbe : si le malade vient de manger, la marche de la narcose n'est pas troublée ; on observe cependant une fréquence un peu plus grande des vomissements. Ces vomissements sont d'ailleurs rapides et peu abondants : le malaise qui les accompagne ne dépasse jamais 5 à 10 minutes. Si nous avons parlé de cet avantage spécial du chlorure d'éthyle, c'est que M. Sauvez nous a cité, parmi les grands inconvénients de l'anesthésie générale, la nécessité pour le malade d'être à jeun ; le chlorure d'éthyle dispense de cette précaution ; d'ailleurs le reproche n'est pas très sévère, car l'on pourrait soutenir qu'il n'est pas plus difficile d'être à jeun que d'avoir mangé ou d'avoir bu du café, comme M. Reclus l'exige pour les malades à soumettre à la cocaïne.

Si l'on compare maintenant la durée des différentes manœuvres nécessitées par l'anesthésie cocaïnique avec la durée de celles que nécessite l'administration des anesthésiques de courte portée, on trouve dans l'emploi de ces derniers une notable économie de temps. Remplir la serin-

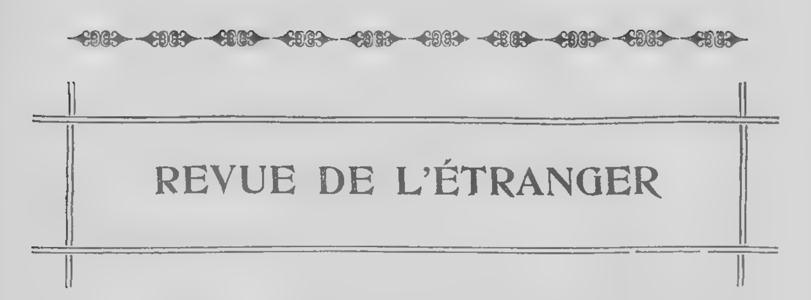
---

1. Labignette, *Du chlorure d'éthyle pur comme anesthésique général.* Th. Paris, 1902. H. Baudin, éditeur.

2. Malherbe, *Nouveau procédé pour l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.* Congrès français de chirurgie. Paris, 1900.

gue préalablement stérilisée, analgésier la gencive par réfrigération ou par tout autre procédé, faire une, deux ou trois piqûres, pousser le liquide lentement suivant les règles connues, laisser s'écouler 3 à 5 minutes entre la dernière piqûre et l'extraction, tout cela dure environ 10 minutes. Avec le chlorure d'éthyle ou le somnoforme par le procédé de la compresse, il s'écoule à peine une minute entre le début de la pulvérisation sur la compresse et l'anesthésie confirmée. La préparation du masque de Robinson est un peu plus longue : mais on peut fixer les rondelles de toile, la vessie et le bourrelet pneumatique, apprendre au patient à respirer dans le masque et procéder à l'inhalation en moins de 2 minutes. — Avec le protoxyde d'azote, la préparation est également fort rapide : malgré l'adaptation des tubes sur le réservoir, le ballon et le masque, le malade est soumis à l'inhalation du gaz moins de 3 minutes après la première manœuvre. — Cet avantage n'est pas seulement précieux en ce qu'il économise le temps du dentiste : il l'est aussi en ce qu'il supprime cette période d'angoisse ou d'inquiétude de la série des piqûres cocaïniques.

(*A suivre*).



REVUE DE L'ÉTRANGER

RÈGLES A SUIVRE DANS L'OBTURATION A L'OR DES CAVITÉS PROXIMO-OCCLUSIALES DES PRÉMOLAIRES ET MOLAIRES.

Par C. N. JOHNSON. L.D.S., D.D.S. Chicago.

Traduit du *Dental Cosmos* par Henri MASSON et Eugène DARCISSAC,

Etudiants à l'Université de Pensylvanie, section de Dentisterie,
Lauréats de l'Ecole dentaire de Paris.

Bien qu'il puisse sembler que ce sujet ait été discuté, et que rien de nouveau le concernant ne puisse être dit, c'est un facteur d'une si grande importance dans la conservation des dents naturelles qu'il mérite une claire compréhension des principes qui règlent ces obturations. Aussi ce qui pourrait en d'autres circonstances sembler une répétition fatigante et inutile est presque permis en l'espèce. N'a-t-il pas été déclaré par le Dr M.-L. Rhein dans une communication à l'Académie de Stomatologie de Philadelphie et publiée dans l'*International Dental Journal* en septembre 1903 :

« Les membres de la profession dont la vie s'écoule jour par jour, heure par heure en une série d'efforts constants pour chercher à conserver les organes dentaires, ne peuvent jamais manquer de trouver ce sujet intéressant. »

C'est dans cet esprit que cette communication est présentée aujourd'hui, non pas dans l'intention d'apporter quelque chose de nouveau et d'inédit, mais simplement de mettre au point les principes fondamentaux de cette opération et de discuter quelques détails particuliers sur lesquels il peut y avoir, parmi les représentauts éminents de la profession, une divergence d'opinion.

But d'une obturation.

Il nous faut d'abord comprendre nettement les bénéfices que l'on peut retirer d'une obturation et étudier ensuite les moyens les plus simples et les meilleurs pour arriver à ce résultat.

Le premier point à considérer dans l'obturation de toute dent

atteinte de carie, c'est de rendre la cavité inaccessible à toute pénétration ultérieure des liquides buccaux. Une obturation présentant sur les bords une solution de continuité n'est pas nécessairement condamnée à un échec ; mais, si ce défaut d'adaptation est assez considérable pour permettre la pénétration des micro-organismes de la carie, ce n'est plus qu'une question de temps pour que la carie réapparaisse autour de l'obturation.

Puis il faut penser à la rétention de l'obturation dans le but de lui assurer une stabilité parfaite dans les efforts qu'elle a à supporter durant la mastication.

Il faut chercher à protéger les bords de la cavité contre la dissociation des prismes de l'émail. Puis il faut faire une obturation de densité suffisante pour qu'il ne puisse y avoir aucun affaissement sous les efforts ordinaires de la mastication. Enfin, point tout aussi important pour les cavités que nous envisageons, il faut conserver les contours, de façon à restaurer dans leur forme normale les rapports interdentaires et à protéger la gencive sous-jacente. Deux points capitaux sont à considérer dans l'exécution de ces différents stades : 1° la préparation de la cavité ; 2° l'insertion et le polissage de l'obturation.

Il est matériellement impossible, dans l'espace de temps restreint d'une communication, de considérer en détail l'opération entière ; aussi nous contenterons-nous de revoir rapidement les points les plus importants, en essayant d'étudier les éléments les plus essentiels pour arriver au succès.

Préparation des cavités proximales.

Quand la carie débute sur la surface proximale d'une prémolaire ou d'une molaire, elle a généralement une tendance à se propager de son point initial vers le point de contact interdentaire jusqu'à ce que les limites de la cavité s'étendent d'une part (dans la direction des racines), sous le bord libre de la gencive ; d'autre part dans la direction de la surface masticante jusqu'à l'englober dans la carie ; enfin bucco-lingualement jusqu'à ce qu'une sonde promenée à cet endroit sur la surface de la dent soit retenue par les bords de cette cavité. Cette cavité se présente arrondie en ses contours, la courbe voisine du bord gingival étant convexe par rapport au bord alvéolaire.

L'opinion générale est que dans la préparation d'une cavité de cette forme les meilleurs résultats sont obtenus en changeant cette courbe gingivale en une ligne horizontale : ceci pour répondre à deux buts qui sont d'une importance capitale dans l'insertion de l'obturation et qui sont destinés à prévenir toute nouvelle carie en des endroits généralement considérés comme les points faibles de ces aurifications, savoir : les angles gingivo-buccal et gingivo-lingual. D'autre

part on augmente la stabilité d'une obturation en l'asseyant sur une base plate.

Préparation du bord gingival.

Il n'est pas dans notre intention de décrire tous les détails de la préparation de ces cavités ; cependant un point particulier doit être mentionné, parce qu'il pourrait être l'objet d'une fausse interprétation. Lorsque nous recommandons de préparer le bord cervical absolument plat, nous n'entendons pas par là que ce bord doive se réunir aux parois buccale et linguale à angle droit géométrique ! A la place de cet angle vif, il doit y avoir une courbe légère. Mais à l'intérieur de la cavité, ou en d'autres termes dans les plans gingivo-axio-buccal et gingivo-axio-lingual, les parois doivent être à angle droit.

Cette notion implique clairement qu'aucun sillon et qu'aucune rainure ne sont nécessaires dans cette région pour assurer à l'aurification la plus grande stabilité et pour pouvoir la commencer aisément.

Les parois buccale et linguale devront être aussi parallèles qu'il est possible et rejoindre le bord axial à angle droit, en un point voisin de la base des cuspides, sur la surface triturante.

La rétention sur la face occlusiale devra avoir une base plate et les parois devront être perpendiculaires à cette base. A la périphérie de la partie occlusiale de la cavité, les bords de l'émail devront être taillés en biseau là où les prismes, moins bien soutenus, sont prédisposés à s'effriter et à déterminer une solution de continuité.

Il est à remarquer que, dans la préparation de ces cavités, il n'y a ni rainures, ni sillons, ni points de rétention destinés à placer les premiers morceaux d'or. Il nous semble absolument inutile de recourir aux points de rétention, à moins que l'on n'emploie l'or cohésif depuis le début jusqu'à la fin de l'aurification ; pour nous il y a tout intérêt à employer l'or mou tout au moins dans les premières phases de l'aurification.

Emploi de l'or mou au bord cervical.

Etant reconnu qu'un des principaux buts dans l'obturation d'une cavité de cette forme est une préservation absolue contre toute pénétration, il devient d'un intérêt capital de rechercher les moyens les plus prompts pour arriver à ce résultat. Le fait seul que l'or mou s'adapte plus facilement aux bords et aux parois doit attirer notre attention. Nous ne prétendons pas que ces cavités ne peuvent être obturées avec succès à l'or cohésif. Il a été démontré à plusieurs reprises que l'or cohésif peut être adapté parfaitement aux parois de la cavité, mais ceci ne veut point dire en l'espèce que l'or non cohésif n'est point supérieur. Il nous est facile de le prouver par l'étude de ces deux formes d'or. L'or cohésif, comme son nom l'indique,

est caractérisé par ce fait que deux ou plusieurs feuilles placées en contact intime s'unissent et ne forment qu'un tout. En d'autres termes, elles se souderont à froid sous pression.

Cette propriété de cohésivité de l'or est un avantage immense dans la construction d'une obturation solide ou pour restaurer des contours étendus ; mais elle est contraire à l'adaptation parfaite aux parois de la cavité. Plus la tendance des feuilles à se souder ensemble est grande, plus la difficulté est grande, après avoir condensé ces feuilles, de leur assurer une relation nouvelle et de les amener en contact intime contre les bords de la cavité. En principe, pour obtenir une parfaite adaptation de l'or cohésif, il faut employer des morceaux relativement petits. Pratiquer uniquement à l'or cohésif, une des larges aurifications dont nous parlons tout en étant sûr d'une parfaite condensation et d'une parfaite adaptation, est une opération minutieuse et pénible. Avec le tempérament nerveux d'un grand nombre de patients de nos jours, un tel travail est la plupart du temps impossible.

Le plan suggéré par le Dr Rhein de surmonter cette difficulté en divisant l'opération en plusieurs séances, en insérant une partie de l'obturation, puis en obturant le reste de la cavité à la gutta-percha et en donnant au patient un autre rendez-vous, faisant ainsi l'obturation en sections, a dans l'esprit de l'auteur quelques sérieux désavantages.

Le patient même le plus docile se résigne avec plus ou moins d'aversion au contact de la digue ; répéter cette opération plusieurs fois pour une simple obturation, nous paraît blâmable, même s'il n'y a pas moyen de l'éviter. De plus lorsque la surface de l'or devient humide, chose qui ne peut manquer d'arriver avec cette méthode, ou se trouve souillée par le contact de la gutta-percha, sa cohésivité est détruite et il n'est aucun procédé permettant de rendre à l'or la propriété adhésive qu'il possédait. Bien qu'une obturation insérée dans ces conditions par un opérateur consciencieux et habile puisse rendre d'aussi bons services, elle ne possédera jamais une homogénéité aussi parfaite que si elle avait été faite en une séance. De plus la somme de temps consacrée à ces séances répétées devient plus grande par la répétition des préparatifs, la pose de la digue et autres petits détails de technique.

Toutefois, nous pouvons ajouter que dans ces cavités si étendues, où l'aurification en une seule fois devient pour le patient et l'opérateur une fastidieuse contrainte, nous avons à notre disposition un procédé qui devient de jour en jour plus utilisable, parce qu'il nous est de plus en plus familier ; je veux parler des « gold-inlays ».

Combinaison de l'or non cohésif et de l'or cohésif.

On croit généralement que très peu de cavités peuvent être obturées par la méthode mixte, or cohésif et or non cohésif, alors même qu'on trouve cette opération trop longue par le seul procédé de l'or adhésif. Comme nous l'avons déjà donné à entendre précédemment, l'or non cohésif peut être employé en plus grande quantité que l'or cohésif et l'on peut être assuré que ses morceaux peuvent être condensés de façon à s'adapter parfaitement aux parois de la cavité et à avoir entre eux la plus grande cohésion.

Le fait que les feuilles d'or non cohésif glissent les unes sur les autres sous l'action de la pression permet de fouler l'or et de le condenser dans les angles les plus inaccessibles et les recoins de la cavité, les feuilles conservant entre elles une parfaite intimité. C'est pour cette raison qu'une opération peut être considérablement abrégée en employant l'or non cohésif dans les parties où l'adaptation a une importance capitale, mais où les efforts de mastication sont nuls. Le tiers gingival et même la moitié gingivale de quelques-unes de ces obturations peuvent être faits à l'or non cohésif avec les meilleurs résultats, épargnant ainsi un temps précieux. L'observation montre que cette méthode est bonne et utile. Un grand nombre d'obturations faites dans ces conditions rendent d'excellents services et sauvent les dents pour longtemps. Nous ne voulons pas affirmer qu'une obturation ainsi construite présente les mêmes caractères de dureté qu'une obturation faite à l'or cohésif. Si, pour une raison quelconque, il est nécessaire de fraiser et de pénétrer dans une obturation mixte, il est facile de s'apercevoir que le foret, après avoir passé à grand'peine à travers l'or cohésif, s'enfonce rapidement dans l'or mou et le fraise avec facilité. On éprouve une impression de porosité et l'on doute de la stabilité de l'aurification. Mais si l'on étudie la question à fond, on se rendra parfaitement compte que cette absence de dureté n'est pas aussi blâmable que l'on veut bien le dire dans les conditions particulières où l'or non cohésif est employé.

Ceci posé, l'obstacle contre lequel nous avons à lutter est la compressibilité. Si cette masse d'or d'apparence non dure venait à subir l'influence d'une compression violente à travers la couche d'or adhésif sus-jacente, il pourrait arriver que nous aboutissions à un échec. On peut dire qu'autrefois un grand nombre d'aurifications construites de cette façon ont donné de mauvais résultats, parce que la couverture d'or adhésif était insuffisante et que l'or non cohésif sous-jacent n'avait pas été suffisamment condensé. Le danger d'affaissement et de mobilité est absolument nul quand l'or non cohésif repose sur une surface plane environnée par des parois parallèles établies comme nous l'avons décrit dans la préparation de la cavité.

De plus, l'or est rendu parfaitement dense par une disposition convenable des couches de l'or que l'on a choisi, rubans, cylindres, etc., ainsi que par la nature du fouloir employé, destiné à ne laisser aucun espace insuffisammant condensé.

Si les couches d'or sont en contact intime entre elles et en adaptation parfaite avec les bords de la cavité, l'or ainsi placé et condensé pourra résister à tous les efforts masticatoires et l'aurification sera parfaitement stable. Si elle n'est pas trop accentuée dans ses contours, de façon à offrir à l'effort masticatoire une surface trop sujette à un choc qui puisse produire une désunion de l'aurification, il n'y a pas de points faibles dans sa construction. En parlant de la disposition des couches d'or, nous entendons par là que partout où des rubans sont employés pour commencer une aurification, ils doivent être assez épais pour que, disposés en couches le long de la paroi gingivale, ils s'étendent de l'extrémité axiale ou pulpaire à ce bord gingival. Si des cylindres sont employés, leur dimension doit être suffisante pour que, quelle que soit la façon dont on les dispose, ils s'étendent toujours mésio-distalement. On donne ainsi à l'aurification une continuité de structure empêchant tout effritement et toute désunion.

Technique de l'opération.

Les détails sont quelquefois différents de ceux connus pour l'insertion exclusive de l'or cohésif et il n'est pas superflu de considérer rapidement quelques-uns des points particuliers à cette méthode. En commençant une aurification avec l'or non cohésif, la pression manuelle joue un rôle important et si nous y ajoutons la condensation produite par quelques coups d'un maillet lourd et mou, nous aurons les conditions requises pour le placement et l'adaptation de l'or non cohésif avant l'introduction des premiers morceaux d'or cohésif.

Un maillet rapide et léger est contre-indiqué avec l'or non cohésif, la force de condensation qu'il produit n'étant pas assez en profondeur pour une couche d'or telle que celle requise dans cette espèce d'obturation. Ce qui est nécessaire, c'est une transmission de la force condensante à quelques distance du point d'application, ce qui ne peut être obtenu qu'avec un maillet lourd et mou. Avec un maillet léger et dur la force déployée est concentrée uniquement au point de contact avec l'or et ne s'étend pas plus loin que les stries du fouloir. Ce genre de coup est excellent pour condenser l'or en petits fragments et pour donner plus de dureté à la surface de l'aurification ; mais avec l'or non cohésif le seul résultat auquel on arrive est de déchiqueter l'or et de l'arracher en petits morceaux. La condensation de l'or mou demande peu de mouvements de pression de la main ou peu de coups de maillets ; mais que ce soit la pression de la main ou celle du maillet, la force déployée doit être assez grande. La con-

densation doit être effectuée par pesées vigoureuses ; l'effet de cette pression est largement augmenté si, en même temps qu'on imprime au fouloir un léger mouvement de rotation, on fait décrire au manche un court arc de cercle. Ce mouvement établit un contact plus intime encore avec les parois de la cavité et rend l'opération plus facile, parce qu'en écartant et en chassant l'or de la pointe du fouloir il est plus aisé de le retirer sans entraîner l'or au dehors de la cavité. Pour condenser l'or non cohésif de cette façon, des fouloirs à large section et à stries profondes sont indiqués de façon que la pointe du fouloir ne fasse pas de dépressions dans la masse d'or et pour que, la surface n'étant pas trop lisse, l'or cohésif puisse s'y attacher.

Ces premiers morceaux d'or cohésif doivent être bien recuits, de façon à s'engrener avec l'or non cohésif. L'adaptation doit être assurée entre les deux variétés d'or plutôt par imbrication que par cohésion.

Depuis ce moment jusqu'à la fin de l'aurification, l'opérateur peut employer toute forme de maillet plus particulièrement adaptée à ses goûts personnels. Dans les cavités d'accès facile, l'aurification peut être menée plus rapidement par le maillet mécanique ou le maillet électrique que par tout autre moyen. Toutefois, pour arriver à obtenir un parfait succès par l'emploi de ces instruments, il est un point particulier à signaler : le coup qu'ils produisent n'a point de force pénétrante au delà des stries du fouloir, et ne peut être employé pour condenser d'épais morceaux d'or. En outre, la rapidité du coup est si grande quela tension moléculaire de l'or atteint rapidement un degré tel que toute cohésion ultérieure est impossible.

Il est à remarquer que, si un maillet à choc rapide est employé pendant un certain temps pour mailletter la surface d'une aurification, il devient très difficile de faire adhérer le fragment suivant. Ceux qui emploient le maillet électrique avec succès ont pu, par une étude attentive des particularités que nous venons de signaler, acquérir un tact particulier qui leur permet de s'arrêter au moment précis où la condensation doit être cessée. Dans les mains d'un opérateur entraîné, il conduit à un parfait résultat ; il est plus particulièrement destiné à donner à la surface extérieure de l'obturation un maximum de dureté. Il est en effet désirable dans les aurifications soumises à la force et à la pression masticatoires d'obtenir la surface la plus dure possible : les maillets à action rapide sont plus particulièrement destinés à atteindre ce but.

Il est parfaitement reconnu que l'or peut être encore condensé d'une façon notable alors qu'une densité parfaite a été obtenue par le coup répété d'un maillet, et la nature du choc fourni par le maillet électrique approche de l'idéal auquel nous tendons. Si un de ces maillets est employé pendant quelque temps sur la surface d'une obturation ainsi condensée, on observera bientôt que l'or au contact de

l'instrument résonne comme de l'acier ; on obtient ainsi la surface d'or la plus fine qui puisse être donnée à une aurification.

Maintien de l'espace inter-proximal par la restauration des contours de l'aurification.

En étudiant la question des contours et la forme qu'il est bon de donner aux aurifications sur les faces inter-proximales, nous abordons un des points les plus importants du sujet. Les patients d'aujourd'hui avec leur organisme hyper-nerveux se plaignent de plus en plus de l'irritation des gencives causée par la pression et la rétention des fibres alimentaires entre leurs dents ; si nous ne cherchons pas à remédier aux inconvénients que cela crée en faisant une obturation utile et conforme aux exigences de la mastication, nous sommes au-dessous de notre devoir d'opérateur. Comme point de comparaison pour la forme à donner aux dents sur leurs faces inter-proximales, il est bon d'étudier un peu plus attentivement la forme naturelle des dents avant toute carie.

La nourriture de l'homme est variée et parfois elle est de nature fibreuse. Durant la mastication de ces aliments, il est inévitable que parfois certaines fibres soient poussées entre les espaces inter-dentaires. Si le point de contact n'était aussi serré, ces fibres seraient retenues et causeraient au patient une certaine gêne tout en risquant d'occasionner de la carie sur les faces en contact. C'est précisément ce qui arrive lorsque ces obturations ne sont pas bien construites : dans beaucoup de cas la carie récidive autour d'obturations imparfaites. En bâtissant ces aurifications on doit donc exagérer leur contour de façon à ce qu'elles aient avec la dent adjacente un point de contact intime voisin de la surface triturante.

Ce contour arrondi ne doit pas être détruit ou meulé en polissant l'aurification. Il est nécessaire d'ailleurs pour ces aurifications (qu'une matrice soit employée ou non) de laisser l'or déborder quelque peu, de façon à protéger parfaitement les bords de l'émail. Cet excès d'or doit ensuite être meulé et poli conformément au contour original de la cavité. Ce faisant, il faut avoir grand soin de ne point détruire ce point de contact en rendant cette partie plate ; il est facile d'obtenir ce résultat en agissant de la façon suivante : d'abord il faut laisser l'or en contact parfait et serré contre la dent voisine et porter son attention à polir parfaitement l'espace compris entre le point de contact et la gencive. Il ne faut pas chercher à passer un instrument au niveau de ce point de contact, que ce soit un disque ou un autre instrument. Le polissage de l'espace inter-dentaire doit être commencé en l'abordant par la face buccale : un brunissoir mince peut être choisi pour commencer à rabattre l'or contre les bords ; puis, si l'on s'aperçoit qu'un excès d'or par trop considérable est à enle-

ver, on peut employer de petites limes finement striées. Lorsque tout l'excès d'or est enlevé, une bande à finir étroite, introduite du côté buccal, peut être employée pour terminer le polissage et lui donner le poli désiré.

L'obturation se présente alors avec la portion gingivale de l'espace inter-proximal parfaitement achevé, de telle façon que le séparateur peut être mis en place pour gagner l'espace nécessaire afin de finir la portion qui reste à polir. Si l'aurification s'étend largement sur les faces buccales et linguales avec des bords nettement visibles, il est indiqué dans ces conditions d'employer le disque de papier de verre pour polir ces surfaces, mais il est formellement contre-indiqué de le faire passer au point dit de contact pour ne pas rendre l'obturation plate à cet endroit. On doit simplement chercher à arrondir l'or et à le polir sans en détruire le contour. Le meilleur moyen d'arriver à ce résultat est de forcer dans cet espace un large et très mince instrument d'acier comme la matrice à main Dunn ou la spatule flexible de Thorpe, créant ainsi un espace pour une bande à polir large et fine de grain. Il est nécessaire d'avoir cette bande large pour qu'elle ne polisse pas un seul point, mais bien pour qu'elle rende cette surface entièrement lisse, tout en en enlevant le moins possible. De cette façon un contact parfait peut être obtenu entre l'obturation et la dent voisine, les deux surfaces se touchant parfaitement après que le séparateur est enlevé.

Polissage de la surface triturante.

Le polissage de la surface triturante de l'obturation est un point qui peut être laissé à l'initiative individuelle de chaque opérateur. La seule chose à observer est que, dans les cas où le cuspide de la dent antagoniste est capable d'exercer sur l'aurification et la dent une force qui pourrait la briser, le cuspide de cette dent doit être meulé et rendu lisse de façon à donner à la dent obturée toutes les conditions de parfaite solidité.

En terminant cette communication déjà trop longue, nous ne pouvons nous abstenir de mentionner un point concernant la rétention des fibres alimentaires entre les dents. On observe souvent que, alors même que des dents sont obturées aussi soigneusement que nous pouvons le faire, le patient peut néanmoins venir à nous se plaindre de quelque gêne. Nous trouvons journellement des dents qui n'ont jamais été obturées, avec un point de contact parfois parfait, qui n'en causent pas moins au patient quelque désagrément.

Dans ces cas, nous pouvons observer que, dans les relations articulaires, un cuspide pointu d'une dent opposée articule exactement au point de contact de ces dents, les écartant légèrement et repoussant les fibres alimentaires dans cet espace. Le seul traitement consiste à meuler assez largement le cuspide en cause.

(Voir la suite page 468.)





REVUE CLINIQUE

SINUSITE MAXILLAIRE AVEC FISTULE SOUS-ORBITAIRE

Par M. Vichot, D. F. M. P., de Lyon.

Le 3 janvier 1903, Mlle X..., âgée de 16 ans, est amenée à mon cabinet pour une fistule sous-orbitaire et de l'œdème de la joue droite. Après un examen de la bouche et d'après les symptômes subjectifs, je diagnostique une sinusite maxillaire ; la malade mouchait du pus et avait de la céphalalgie intense depuis quelque temps.

Au dire de la patiente, la maladie avait commencé le 1er décembre 1902 par des douleurs dentaires ; peu de temps après les douleurs cessent : une fluxion se produit, la joue devient énorme, l'œil se tuméfie, un mouvement fébrile se produit (la température monte jusqu'à 40°, avec des variations entre 38 à 40). On fait alors venir le médecin de la famille, qui, voyant la tuméfaction sous-orbitaire, ordonne des cataplasmes de farine de lin ; on les applique, et les parents de la jeune fille, croyant bien faire, en placent environ 75 en deux jours !

Après cet amoncellement de cataplasmes, un abcès s'ouvre au-dessous de l'œil : c'est cette ouverture qui est restée fistuleuse. Quand la malade vient me trouver, le 3 janvier, elle présente l'œil droit tuméfié ; le nez est projeté à gauche ; il s'écoule une grande quantité de pus très fétide par la narine droite : la nuit, cet écoulement abondant tache l'oreiller.

L'orifice de la fistule sous-orbitaire est recouvert d'une croûte de pus desséché.

A l'examen de la bouche je constate que la première mo-

laire supérieure droite est atteinte sur sa face mésiale d'une carie pénétrante. Il y a de la périostite, et un léger écoulement de pus existe au collet de la dent.

Je pense aussitôt que cette carie est la cause de la sinusite, et je fais l'extraction de la dent. Je pénètre ensuite dans le sinus, en m'aidant du couteau de Rollins qui sert pour les réimplantations ; je fais une ouverture très large, environ de la grosseur d'un crayon.



Une injection d'eau tiède fait écouler par la narine un flot de pus très fétide.

Quand le sinus est à peu près débarrassé, j'enlève la croûte qui existe à l'orifice de la fistule sous-orbitaire. En cherchant à injecter un liquide antiseptique par cette fistule, c'est encore par la narine droite que s'écoulent le pus et quelques petits séquestres.

Je draine la cavité du sinus à l'aide d'une canule en or, qui pénètre dans le sinus et est maintenue sur les deux dents voisines par deux crochets.

J'ai traité cette sinusite au moyen de l'eau oxygénée à douze volumes, d'abord étendue d'eau, puis pure.

Lors des premières injections, un flot d'écume sortait par la bouche, soit que l'injection eût été faite par l'alvéole, ou par la fistule sous-orbitaire.

Puis je fis un pansement en introduisant un crayon d'iodoforme dans la fistule sous-orbitaire et un autre dans le sinus par l'alvéole. Les injections d'eau oxygénée furent répétées tous les jours, puis espacées de deux, trois, puis six jours pour cesser au bout d'un mois, tout écoulement ayant cessé à cette date.

L'ouverture à la joue d'un abcès du sinus maxillaire est peu fréquente : il m'a paru utile de la publier.

A mon avis, elle est due à la grande quantité de cataplasmes appliqués dans cette région. Si la malade avait été mieux soignée on aurait évité à cette jeune fille, qui n'a que 16 ans, une cicatrice indélébile.

Quoique le traitement n'ait duré qu'un mois, il n'y a plus d'écoulement de pus, la fistule sous-orbitaire est guérie.

Cette malade, traitée il y a un an, est venue me trouver ces jours derniers ; il n'y a pas eu de récidive et la fistule sous-orbitaire n'apparaît plus que sous la forme d'une cicatrice.

Revue des Sociétés savantes

Académie de Médecine.

29 mars 1904.

Un nouvel anesthésique local. — ***M. Billon.*** M. Fourneau a préparé une série de corps appartenant au groupe des amino-alcools, qui possèdent des propriétés anesthésiques. Parmi eux le chlorhydrate de l'amyléine αβ est le plus intéressant. Outre ses propriétés anesthésiques puissantes, il possède une toxicité très faible, inférieure de moitié à celle de la cocaïne, et une action légèrement vaso-dilatatrice. Les essais faits par MM. Reclus, Chaput, de Lapersonne et Sauvez semblent favorables à l'emploi de ce corps pour les opérations de chirurgie générale et de chirurgie spéciale.

26 avril 1904.

Les injections sous-cutanées de paraffine. — ***M. Monod*** lit un rapport sur une seringue présentée par M. Lagarde, destinée à pratiquer des injections sous-cutanées de paraffine dans un but prothétique.

On s'est servi de vaseline fusible à 38 ou 40°, mais la vaseline ne reste pas toujours au point où on l'injecte, elle peut diffuser : du nez gagner les paupières, par exemple; d'autre part, il suffit que le sujet soit atteint d'une affection fébrile qui élève sa température à 39° pour que la vaseline redevienne liquide et se mette à diffuser ou à couler, laissant la région se déformer ; dans quelques cas la paraffine a provoqué des embolies.

M. Lagarde n'emploie point la paraffine chaude et liquide, mais la paraffine solide. Pour cela il se sert d'une seringue qui chasse sous forte pression la paraffine seulement ramollie.

M. Cornil. Il se fait autour de la paraffine des modifications importantes des tissus ; l'irritation chronique du tissu conjonctif déterminée par la paraffine se traduit par des cellules géantes en grande quantité.

Les injections ne donnent pas d'abcès, mais elles sont dangereuses parce que si la paraffine pénètre dans une veine, elle produit une embolie. En outre, quand on injecte la paraffine dans un tissu cicatriciel, elle ne peut pénétrer et se répand à côté.

M. Hallopeau. Les résultats des injections sous-cutanées de paraffine sont déplorables. Les injections produisent souvent des déformations plus considérables que celles qui existaient auparavant, parce que la paraffine ne reste pas toujours au point où on l'a injectée ; en outre, dans un cas, l'injection a été suivie de la perte de l'œil.

(Presse méd.)

Société de Chirurgie.

13 avril 1884.

Bec-de-lièvre double avec division totale du palais. — ***M. Aug. Reverdin*** communique l'observation et les photographies d'un cas de bec-de-lièvre double avec division totale du palais qu'il a eu l'occasion d'opérer récemment chez un homme âgé de vingt-cinq ans. La largeur de la brèche palatine, longue de 7 à 8 centimètres, mesurait 2 centimètres.

Ce malade refusant l'anesthésie générale, M. Reverdin, à fin de comparaison, résolut, dans son opération, de ne recourir à l'anesthésie locale que d'un côté seulement. Il put se convaincre ainsi qu'une simple injection de 2 à 3 grammes d'une solution de cocaïne au 1/1000 suffisait à rendre

l'opération beaucoup moins douloureuse, l'hémorragie beaucoup moins abondante, le décollement des tissus beaucoup plus facile. M. Reverdin ne refit d'ailleurs que la luette, le voile et la partie postérieure du palais osseux; la partie antérieure de ce dernier fut comblée par une pièce prothétique munie d'incisives. Actuellement la phonation, chez ce malade, se fait d'une façon très satisfaisante.

(*Presse Méd.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

11 avril 1904.

Arrachement total de la langue d'une femme par elle-même. Guérison.—*M. Brouardel.* M. Gérard-Marchant a eu l'occasion de soigner une malade qui au cours d'une crise de nerfs, pour faire cesser le sentiment de constriction qui l'oppressait, avait tiré sur sa langue et l'avait arrachée. La section avait porté derrière les amygdales, devant l'épiglotte. L'hémorragie avait été très faible.

La parole était conservée, à peu près intacte. La mastication était gênée, mais néanmoins assez facile.

Pour qu'un pareil accident soit possible, il faut que la langue soit anesthésiée et que ses muscles soient contracturés; le mécanisme de la rupture est alors analogue à celui de la rupture des muscles de la vie de relation et conforme aux expériences de Farabeuf.

(*Presse Méd.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE.

7-8-9 avril 1904.

Flore buccale du nouveau-né. — *M. Jeannin* présente les résultats de près de cinquante examens de bouches de nouveau-nés, qu'il a pratiqués à la clinique Tarnier. Les ensemencements ont été faits à la fois sur des milieux aérobies et anaérobies.

L'auteur conclut de ses expériences qu'au moment de la naissance la bouche du nouveau-né est pratiquement stérile, et qu'il n'y a notamment pas de gonocoque; mais l'envahissement se fait dans les heures qui suivent la naissance, et surtout après la première tétée, pour arriver à une véritable formule microbienne, qui est toujours la même chez l'enfant bien portant, quel que soit son mode d'allaitement.

Ce qui semble faire varier cette formule, c'est l'état de santé de l'enfant, la flore bactérienne devenant extrêmement riche en cas de maladie, et surtout dans la couveuse.

Alors que la bouche de l'enfant normal est alcaline ou neutre, la réaction devient acide en cas de maladie.

(*Presse méd.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

15 avril 1904.

Sarcome de l'amygdale. — *MM. Rabé* et *Denis* montrent un sarcome de l'amygdale enlevé chez un enfant de neuf ans. La tumeur, du volume d'une mandarine, oblitérait la presque totalité de l'isthme bucco-pharyngé, et c'est à la suite d'une crise de suffocation menaçante que l'ablation fut décidée. Après trachéotomie, agrandissement de l'orifice buccal, grâce à une ligne d'incision, menée obliquement vers l'angle du maxillaire, section à la scie de la branche horizontale de cet os, en avant de l'insertion du masséter, décollement de la tumeur. Les suites opératoires furent excellentes. Mais, rapidement, la tumeur se mit à récidiver, et l'enfant succomba trois mois après l'intervention.

(*Presse méd.*)



REVUE ANALYTIQUE

Miller (W. D.), ***Désinfection des instruments dentaires par le formaldéhyde.*** (*Dental Cosmos*, XLVI, I, janv. 1904, p. 6-9.)

Bien des procédés ont été conseillés pour obtenir la stérilisation des divers instruments que le praticien est appelé à employer. Beaucoup de ces instruments ne peuvent, sans se détériorer, subir une ébullition prolongée ou même un simple bain dans une solution antiseptique. C'est pour eux que l'on emploiera le formaldéhyde. L'auteur rappelle l'appareil de Rosemberg, aujourd'hui délaissé, et celui de Percy Simundt, appelé à rendre des services, (à condition de ne pas considérer la stérilisation comme parfaite en trente secondes, comme on le faisait jusqu'ici, mais de prolonger l'exposition aux vapeurs une heure, deux heures, plus encore suivant les instruments). L'inconvénient de ce mode opératoire est que le métal perd son poli. Ce procédé ne sera employé que pour les instruments ne supportant pas une ébullition prolongée dans une solution de lysol.

On rendra antiseptiques les boulettes de coton, en les trempant dans une solution de thymol dans l'alcool. Puis on les sèche, on les place dans une boîte bien close. La chaleur sèche serait, suivant l'auteur, insuffisante. On placera dans la boîte une tablette de formaline que l'on renouvellera tous les 5 à 6 jours et qui maintiendra son contenu stérile.

De même les tire-nerfs autour desquels l'opérateur roule du coton au fur et à mesure de ses besoins seront préparés d'avance en grande quantité, portés une heure ou deux dans l'appareil de Simundt. D'ailleurs l'avantage tant vanté qu'aurait le formaldéhyde de ne pas rouiller les instruments n'existe pas : un instrument insuffisamment sec se rouille très rapidement et, même s'il est très sec, il se rouille lorsque l'exposition aux vapeurs a été trop prolongée.

L'auteur attache une importance secondaire à la stérilisation des linges employés ; elle est impossible à obtenir, l'expérience et la théorie sont d'accord sur ce point. Les conserver dans une boîte bien close, à l'abri de la poussière, en plaçant dans la boîte une tablette de formaline que l'on renouvellera toutes les semaines.

Miller insiste sur la difficulté qu'éprouve le dentiste à n'utiliser que des instruments stérilisés avant chaque opération à cause du grand nombre d'instruments employés et de malades à traiter. En outre, des instruments stérilisés un jour ne seront plus stériles le lendemain : il recommande de placer sur les rayons ou dans les tiroirs renfermant les instruments une tablette de formaline qui maintiendra la stérilisation obtenue comme il l'indique.

Dionis du Séjour, ***Troubles trophiques et circulatoires de la peau résultant d'injections de paraffine.*** (*Gaz. des hôp.*, 19 avril 1904.)

Il s'agit d'une jeune femme qui, dans un but esthétique, se fit faire des injections de paraffine (mélange voisin de celui de Gersuny) dans les seins. Quinze jours plus tard, elle ressentit des douleurs dans le sein droit ; sur la périphérie de l'aréole, la peau est lisse, brillante, vineuse ; la palpation permet de sentir des foyers ramollis par places ; deux incisions pratiquées à leur niveau donnent lieu à un écoulement de couleur liquéfiée et de sérosité renfermant en nombre des globules graisseux. Par ces incisions

l'auteur a pu extraire une grande partie de la paraffine injectée. Mais les troubles cutanés ont persisté, alors que la douleur avait disparu depuis longtemps. Le sein gauche a présenté également des troubles, mais moins accentués et n'ayant nécessité aucune intervention.

Cette observation vient corroborer ce fait déjà connu que les injections de paraffine ne sont pas sans danger, que la façon dont elles manifestent leur action nocive est très variable; elles ne doivent dont être employées que dans les cas de nécessité absolue et non, comme on le fait trop souvent, pour des raisons d'esthétique, le résultat obtenu n'étant pas en rapport avec les dangers que courent les patients.

Camus (*M.*), **Anomalies des maxillaires et des dents avec malformations multiples.** (*Rev. de stomat.*, janv. 1904.)

L'auteur publie une nouvelle observation tendant à prouver que les anomalies dentaires que porte un sujet coïncident fréquemment avec d'autres malformations et indiquent par suite un trouble d'évolution. Ici le malade est un enfant de 10 ans et demi, sans antécédents héréditaires : il présente une atrésie très marquée du maxillaire supérieur; le maximum d'atrésie s'observe au niveau des incisives centrales supérieures. L'incisive centrale supérieure gauche a subi un mouvement de rotation sur son axe de droite à gauche de 45°. — La canine gauche est plus grosse que la droite. — Le nez est dévié à gauche et tordu. Il y a exophthalmie marquée et abaissement de l'œil et de l'oreille gauches. Le malade est à la fois brachycéphale et anocéphale. Il présente en outre une ankylose complète des coudes en demi-extension, due à une coabscence du radius et de l'humérus ; la main a une forme de pince, à deux mors : l'un est constitué par le pouce, l'autre par les quatre derniers doigts réunis en forme de cuiller, avec un seul ongle. Pieds cunéiformes, orteils réunis dans la même enveloppe cutanée. Atteint d'une légère lordose, ce petit malade, d'intelligence moyenne, ne présente pas de troubles viscéraux, sensitifs ou sensoriels.

Greevez (*C.-J.*), **Le bridge dans la pyorrhée alvéolaire.** (*Dental Cosmos*, janv. 1904, p. 12.)

L'auteur, après avoir montré la fréquence de la pyorrhée alvéolaire et insisté sur son étiologie, étudie son traitement ; dans le cas où un appareil d'immobilisation ne suffit pas pour permettre au malade de se servir de ses dents avec tout le confort désirable, il propose d'enlever la dent défectueuse et de la replacer *in situ* au moyen d'un bridge judicieusement établi; c'est le meilleur moyen, selon lui, d'enrayer les progrès de l'affection, et d'augmenter la résistance du malade en lui permettant une mastication facile et complète.

Simon (*R.-W.*) **L'acoïne comme anesthésique local.** (*Dental Cosmos*, janv. 1904, p. 19.)

L'auteur a expérimenté l'acoïne, employée journellement en Allemagne comme anesthésique local : mais il a supprimé, dans le mélange ordinairement usité, la cocaïne, à laquelle il reproche la production d'eschares. Dès lors il n'a plus eu d'accidents.

Greenbaum (*L.*) **Des manifestations buccales de la neurasthénie.** (*Dental Cosmos*, févr. 1904, p. 96.)

La neurasthénie est susceptible de provoquer dès son début des troubles au niveau de la cavité buccale. Les sécrétions sont diminuées d'abord, modifiées ensuite. Les gencives, quelquefois même les dents, peuvent devenir excessivement sensibles, sans que l'on trouve trace de gingivite ou d'autres lésions permettant d'expliquer cette hyperesthésie. Parfois, mais exceptionnellement, les muscles masticateurs sont atteints, affaiblis dans leur action ou même paralysés.

H.-Ch. F.

NÉCROLOGIE

JAMES SMITH TURNER

On annonce la mort de M. James Smith Turner, survenue le 22 février dernier. Il était né à Edimbourg en 1832, où il reçut sa première instruction. Il fit son apprentissage dans cette ville chez un dentiste et alla chercher fortune à Londres à l'âge de 21 ans (1853).

En 1857 il faisait partie du Collège des dentistes et lutta pour la fusion de ce groupement avec la Société odontologique. Il ne tarda pas à reconnaître que la profession de dentiste exigeait une instruction plus complète que celle que pouvait donner une école privée et entra au *Middlesex Hospital*, où il étudia pour devenir membre du Collège royal des chirurgiens et obtenir la licence en chirurgie dentaire, dont la 1re session d'examens s'ouvrit en mars 1860. Il obtint ces deux titres en 1863 et devint à partir de ce moment un des champions les plus ardents du diplôme de L D S.

Il resta attaché pendant quarante-cinq ans à cet hôpital, en faisant des cours de chirurgie dentaire à l'Ecole dentaire qui y est annexée, et y fut nommé chirurgien-dentiste consultant après un certain nombre d'années de pratique.

En 1872 il entrait comme professeur de prothèse dentaire à l'Ecole de chirurgie dentaire de Londres (au *Dental Hospital*, actuellement *Royal Hospital*) et y demeurait en cette qualité jusqu'en 1879.

Il joua un rôle considérable dans le mouvement réformiste de la profession, qui commença en 1870 et qui provoqua la formation d'un comité de réformes dentaires dont John Tomes était président et dont il était le secrétaire. L'entreprise dans laquelle il s'engageait consistait à grouper les forces éparses de la profession pour obtenir du Parlement une loi réglementant l'exercice de l'art dentaire et un registre d'immatriculation des dentistes, placé sous le contrôle du Conseil médical général. Les difficultés que rencontrèrent les promoteurs de la grande charte de la profession dentaire furent considérables ; elles étaient soulevées surtout par le monde médical et la Société des chirurgiens exerçant la dentisterie, dont l'existence fut éphémère.

Le 22 juillet 1878 le Comité de réformes dentaires triomphait enfin par la sanction royale donnée au *Dentists'Act*, et le 15 août de la

même année, le *Dental Register* était ouvert et le premier nom qui y étaitinscrit était celui de John Tomes.

Le 27 janvier 1879 le comité fondait la *British Dental Association* et James Turner en était nommé secrétaire.

En 1880 il était nommé rédacteur en chef de la *Monthly Review of Dental Surgery*. En 1884 il était président de la Société odontologique. Pendant quelques années il fut examinateur dentaire au Collège royal des chirurgiens. Enfin en 1891 il était président de la *British Dental Association*.

Peu de carrières ont été aussi bien remplies que celle de James Turner et la profession dentaire anglaise doit un tribut de reconnaissance à cet homme.

Mme RICOU

Au moment de mettre sous presse nous apprenons la mort de la jeune femme d'un des membres de notre Association, M. L. Ricou.

Nous envoyons à notre confrère, si cruellement éprouvé, l'expression émue de toute notre sympathie.

L'inhumation de Mme Ricou a eu lieu à Boulogne-sur-Seine ; M. Blatter y représentait notre Groupement.



SOUSCRIPTION INTERNATIONALE DESTINÉE A RENDRE UN HOMMAGE PERPÉTUEL AU Dr LECAUDEY.

La Société d'Odontologie de Paris, en vue de perpétuer la mémoire vénérée de M. le Dr Lecaudey, a nommé récemment un Comité d'initiative chargé d'organiser une souscription dans le but d'élever un buste à celui qui fut le bienfaiteur de l'Ecole dentaire de Paris.

Ce Comité d'initiative a fait un appel pressant aux diverses Sociétés et Groupements professionnels, pour que ces derniers veuillent bien désigner des délégués afin de constituer un Comité d'organisation et de patronage.

Ce Comité s'est réuni le 9 mai 1904 et s'est constitué de la façon suivante :

Présidents d'honneur :

MM. Godon,	Paris.
Poinsot,	»
Michaëls,	»
Claude Martin,	Lyon.
Harlan,	Chicago.
Cunningham,	Cambridge.

Président:

M. Ronnet, de Paris.

Vice-présidents :

MM. Lemerle,	Paris.
Richard-Chauvin,	»
Lewett.	Biarritz.

Secrétaire :

M. Blatter, Paris.

Trésorier :

M. Rollin, Paris.

MEMBRES DU COMITÉ

Paris.

MM. Barbe.
Baudet.
Bonnard.
D'Argent.
De Croës.
Delair.
G. Fouques.

MM. Friteau.
Gillard.
Giret.
Guillot.
Loup.
Magub.
Martinier.

MM. Papot.
Roy.
Sauvez.
Touvet-Fanton.
Viau.

Province.

MM. Bonnaric,	de Lyon.	MM. Coignard,	de Tours.
Bouvet,	d'Angers.	Monnin,	du Mans.
Brodhurst,	de Montluçon.	Schwartz,	de Nîmes.
Pont,	de Lyon.		

Nous faisons un chaleureux appel à tous ceux qui voudraient bien adhérer à cette souscription ; ils rendront ainsi, un légitime hommage à la mémoire de l'homme de bien, aimé de tous, que fut le Dr Lecaudey.

Les souscripteurs sont priés d'adresser leur cotisation à M. Rollin, chirurgien-dentiste, 138, rue de Rivoli, Paris.

(La souscription est ouverte à partir de ce jour jusqu'à fin juin prochain.)

Le secrétaire,
BLATTER.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Programme de la séance du 7 juin 1904.

1° De la « Frette » : décortication pratique du collet des racines, en vue de leur coiffage métallique; présentation d'un nouvel instrument fretteur, par M. Touvet-Fanton.

2° Observation d'un cas d'accidents de dent de sagesse, par M. Squillante, d'Alger.

CONGRÈS DE GRENOBLE.

Nous avons reçu du président de la Section d'Odontologie la lettre suivante que nous nous empressons d'insérer, en engageant tous nos confrères à se rendre en grand nombre à ce Congrès :

Mon cher confrère,

Désigné par les congressistes d'Angers pour présider du 4 au 11 août prochain les travaux de la section d'odontologie à Grenoble, je viens vous inviter à nous prêter votre concours.

Depuis longtemps déjà, grâce à l'initiative de confrères éminents, les dentistes avaient pris l'habitude de se réunir chaque année, et vous connaissez le succès des congrès de Bordeaux, de Nancy, de Lyon, et surtout l'imposante manifestation que fut le Congrès dentaire de 1900.

Il y a quatre ans, l'Association française pour l'avancement des sciences nous a ouvert ses portes, et depuis lors on a pu se rendre compte dans le monde scientifique que l'art dentaire d'autrefois est devenu la science odontologique d'aujourd'hui.

Depuis quatre ans, en effet, les dentistes de toutes les parties de la France, sans distinction d'origine, se font un devoir et un honneur de se réunir chaque été pour se communiquer leurs découvertes ou des observations nouvelles et pour participer ainsi au progrès de notre

science et à la vulgarisation de notre art. Nous devons continuer de nous montrer fiers et dignes de l'honneur qui nous a été fait en venant très nombreux au Congrès de Grenoble.

Déjà un certain nombre de nos sociétés françaises ont désigné des délégués choisis parmi les plus qualifiés de leurs membres, pour les y représenter. Quelques-uns de nos confrères les plus éminents doivent traiter les questions les plus à l'ordre du jour et nous apporter le résultat de leurs travaux et le fruit de leur expérience.

Aussi, je compte, mon cher confrère, que vous voudrez bien m'envoyer le plus tôt possible votre adhésion, car je crois pouvoir vous affirmer dès à présent que le Congrès de Grenoble ne le cèdera en rien à ceux d'Ajaccio, de Montauban et d'Angers.

Je vous rappellerai, en même temps qu'à côté de l'utilité qu'il y a pour nous tous à élever par des travaux scientifiques le prestige de l'odontologie moderne, il y a d'autres avantages, plus matériels, il est vrai, mais que nous ne devons pas dédaigner, tels que la facilité de voyage et d'excursions dans les Alpes dauphinoises, un volume contenant les communications des vingt sections, enfin le bulletin de l'Association française pour l'avancement des sciences, sans compter la publication spéciale de notre section que *L'Odontologie* offre aux adhérents.

J'espère donc, mon cher confrère, avoir le plaisir de vous voir à Grenoble, et je vous prie de recevoir l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Le président de la section d'Odontologie,
Dr PONT.

Les questions proposées et les noms des rapporteurs seront publiés ultérieurement, et un court résumé sera distribué avant le congrès afin de faciliter les discussions.

NOTA. — Les communications qui n'auront pas été lues en séance ne seront pas publiées.

Prière d'adresser les adhésions ou les demandes de renseignements à M. le Dr Pont, rue Président Carnot, 9, à Lyon, ou à M. le Secrétaire de l'Association, 28, rue Serpente à Paris.

MARIAGES.

Nous apprenons le mariage de notre excellent confrère, M. Charles Jeay, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Elisa Fiorain. La cérémonie a eu lieu le 11 mai à Fontenay-sous-Bois; nous adressons aux jeunes époux nos plus sincères félicitations et nos meilleurs vœux.

*
* *

L'un de nos anciens élèves, M. Georges Soalhat, D. F. M. P., vient d'épouser Mlle Suzanne Guillaumin. Toutes nos félicitations aux jeunes époux.

Distinctions honorifiques.

A l'occasion de diverses fêtes, le gouvernement vient d'accorder à deux de nos confrères les distinctions honorifiques suivantes :

M. d'Argent, professeur suppléant à l'Ecole dentaire, reçoit la rosette d'Officier d'Instruction publique.

M. Rebel, chirurgien-dentiste, reçoit les palmes académiques.

Toutes nos félicitations à nos confrères, si justement récompensés.

Cours pratique d'hypnotisme et de psychothérapie.

MM. les Drs Berillon et Paul Farez commenceront, le jeudi 26 mai 1904, un cours d'hypnotisme et de psychothérapie.

Ce cours sera privé; il comportera des démonstrations pratiques et sera complet en douze leçons; il se fera à l'Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts, où les inscriptions sont reçues les mardis, jeudis et samedis, de 10 heures à midi. On peut également s'inscrire par correspondance.

Le droit d'inscription est fixé à 60 francs.

Les leçons auront lieu aux dates suivantes :

M. le Dr Berillon, les 26, 28 et 31 mai, les 2, 4 et 7 juin, à 10 h. 1/2 du matin.

M. le Dr Paul Farez, les mêmes jours à 5 heures de l'après-midi.

3e Congrès dentaire national italien.

Le 3e Congrès dentaire national italien se tiendra à Florence les 2, 3 et 4 juin prochain sous la présidence d'honneur du Ministre de l'Instruction publique.

La Société odontologique italienne tiendra à cette occasion les 4 et 5 juin sa réunion annuelle.

Comité russe du Congrès de Saint-Louis.

Le Comité national russe pour le 4e Congrès dentaire international de Saint-Louis est composé de M. O. Klingelhöfer, Mme Vongl de Svidersky, M. S. Toswen, M. Lokuciewsky.

Quelques-uns de ces noms sont bien connus de nos lecteurs.

Institut dentaire a Graz.

Un institut dentaire vient d'être annexé à l'Université de Graz. Il est placé sous la direction du Dr Anton Bleichsteiner, que nos confrères se souviennent sans doute d'avoir vu aux Congrès de Paris de 1889 et de 1900.

Fédération dentaire allemande.

La Fédération des chirurgiens-dentistes allemands, qui compte 37 sociétés dentaires, a tenu à Berlin, les 5 et 6 avril, sa 14e assemblée générale.

Le Ministre de l'Instruction publique et des Cultes de Prusse assistait à la réunion le second jour et a déclaré que le gouvernement s'intéressait aux progrès de l'instruction des étudiants en dentisterie et au relèvement de la profession.

Chirurgiens-dentistes dans l'armée anglaise.

Nous avons annoncé que huit chirurgiens-dentistes sont chargés par le Ministère de la Guerre anglais de donner des soins aux troupes métropolitaines de la Grande-Bretagne. Ces praticiens doivent consacrer tout leur temps à ces soins et reçoivent à cet effet une indemnité de 25 francs par jour (l'année est comptée de 365 jours), frais de voyage en sus. Ils sont stationnés à Aldershot, Devonport, Cork, Edimbourg, Portsmith, Dublin, Colchester et Woolwich.

Congrès d'hygiène dentaire scolaire.

Le 1er Congrès international d'hygiène scolaire s'est tenu à Nuremberg du 4 au 9 avril courant. Le Dr Jessen, de Strasbourg, y a fait une communication sur la création de cliniques scolaires dentaires.

Union des mécaniciens-dentistes bavarois.

L'Union des mécaniciens-dentistes bavarois a tenu, le 4 avril, à Wurzbourg sa 18e assemblée générale. La prochaine assemblée générale aura lieu à Pâques en 1905, à Hof.

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.

24e ANNÉE. N° 10 30 MAI 1904 VOL. XXXI



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

INDICATIONS ET AVANTAGES DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE POUR LES EXTRACTIONS DENTAIRES [1]

Par le Dr E. FRITEAU
Professeur de clinique d'anesthésie à l'École dentaire de Paris.

(Suite)

L'anesthésie générale annihile la conscience de l'opéré. Nous n'entendons pas dire qu'il faille masquer l'inhabileté de l'opérateur : il n'y a pas pour nous de dentistes malhabiles, il y a des dents difficiles et partant longues à extraire. Mais, pour le patient, il n'existe que des dents faciles, et si l'opération est nécessairement lente, si elle doit être pratiquée en plusieurs reprises, il n'y aura qu'un seul coupable, le dentiste. Nous avons donc intérêt pour notre réputation, vis-à-vis de dents difficiles, à soumettre le malade à la narcose complète, qui ne lui permet pas de constater les applications parfois nécessairement successives d'un davier. Etant donné, d'autre part, qu'une mauvaise croyance répandue dans le monde veut que le meilleur dentiste soit celui qui opère le plus rapidement, nous croyons que tel dentiste, plus ou moins nerveux, opèrera mieux un malade endormi

1. La première partie de ce travail a été publié dans *l'Odontologie*, n° du 15 mai 1904, page 439.

parce qu il ne se croira pas obligé d'opérer vite pour améliorer le jugement porté sur lui par un malade conscient.

Mais l'un des principaux arguments en faveur de l'anesthésie générale, c'est la sécurité absolue en ce qui concerne les accidents locaux. Malgré la perfection à laquelle est arrivée la technique de la cocaïne, ces accidents sont fréquents : nous ne rappellerons pas les cas signalés par Hugenschmidt [1], par R. W. Simon [2], et par d'autres auteurs dignes de foi. Quelles que soient les précautions antiseptiques prises, n'observons-nous pas, de temps à autre, quelques cas de sphacèle de la muqueuse gingivale et palatine, des ostéites, des nécroses plus ou moins étendues du bord alvéolaire, des douleurs plus ou moins durables dans tout ou partie de la sphère du trijumeau. Puisque nous parlons douleurs, ajoutons que celles qui suivent les extractions de dents atteintes de périostite aiguë sont toujours plus ou moins vives avec n'importe quel procédé d'anesthésie locale ou générale employé ; nous les croyons cependant moins vives après l'anesthésie générale. N'y a-t-il pas d'ailleurs une contradiction entre les assertions de M. Sauvez [3] qui, page 342, déclare que, en cas de *périostite aiguë*, le champ opératoire reste analgésié plusieurs minutes avec l'anesthésie locale, tandis que, page 349, il déclare que dans ce cas clinique particulier « naturellement, après l'opération, le malade souffre », malgré la cocaïne, l'adrénaline et la réfrigération. Il n'est pas en notre pouvoir de supprimer ces douleurs post-opératoires de la périostite aiguë : mais, avec l'anesthésie générale de courte durée, nous avons la sécurité absolue d'extraire la dent sans souffrance et de ne pas exagérer les douleurs du malade par l'introduction dans sa muqueuse hypérémiée de la solution analgésique. Evoluant au milieu de trois douleurs successives, nous en supprimons deux : ce n'est pas là un avantage discutable.

---

1. Hugenschmidt, *Considérations sur l'action physiologique et les accidents de la cocaïne. moyens de les éviter*, dans Comptes rendus du 1er Congrès dentaire international de 1889, page 194. Lecrosnier et Babé, édit. Paris, 1891.

2. R. W., Simon, *L'acoïne comme anesthésique local, Dental Cosmos,* janvier 1904, p. 19.

3. E. Sauvez, *loco citato.*

Il est encore une autre considération importante : elle a trait à la rapidité de la cicatrisation après l'anesthésie générale. Nous ne pratiquons guère plus d'extractions qu'en vue de mettre dans la bouche des appareils prothétiques : nous avons observé sur nos malades de l'École une cicatrisation très rapide et qui paraît tenir d'une part à la lenteur de notre technique d'extraction et à l'avulsion simultanée de toutes les dents infectant la cavité buccale. Avec la cocaïne au contraire, l'on ne peut que sérier et espacer les extractions : sans incriminer la cocaïne elle-même dans ce retard de cicatrisation observé, nous pensons que la réparation se fait plus lentement, à cause de la persistance pendant un temps plus long dans la cavité buccale des foyers d'infection.

Un autre avantage des anesthésiques généraux de courte durée, c'est la suppression des malaises, des courbatures, des syncopes que l'on observe souvent après les injections de cocaïne : les malades sont toujours plus rapidement en état de quitter le cabinet du dentiste avec cette méthode d'anesthésie qu'après l'analgésie cocaïnique. Nous ne voulons pas exagérer les inconvénients de la cocaïne : ils doivent cependant exister puisque toutes les communications faites dans les diverses sociétés savantes de tous les pays sur des médicaments plus ou moins dérivés de la cocaïne : la tropacocaïne, les eucaïnes, l'acoïne[1], etc., contiennent cette phrase : « Ce produit n'a aucun des inconvénients, aucun des dangers de la cocaïne. »

Tout comme les analgésiques locaux, les anesthésiques généraux de courte portée permettent au dentiste d'être à la fois l'anesthésiste et l'opérateur. Il est inutile d'avoir un aide pour la pratique de ces anesthésiques et la crainte d'une dénonciation ne nous paraît suffisante pour réclamer la présence d'un assistant. Nous n'excluons pas de notre cabinet les parents du patient; mais, si le malade est seul, nous ne croyons pas nécessaire la présence d'un médecin : chacun connaît le cerveau imaginatif des hystériques : les médica-

ments, quels qu'ils soient, sont susceptibles de pousser une hystérique à « broder un roman » ; il n'est pas nécessaire de l'anesthésier pour éveiller en elle des idées plus ou moins érotiques. Ce reproche, bien que peu sérieux, nous a paru devoir être relevé, parce qu'il touche à des arguments que des avocats de partie civile pourraient soulever contre celui d'entre nous qui serait dénoncé pour un crime imaginaire. Les anesthésiques généraux de courte durée peuvent être faits dans le cabinet du dentiste, sans le secours d'aucun aide : nous allons plus loin que le Dr Turcan qui s'exprime ainsi dans sa thèse inaugurale, p. 30 : « L'innocuité du chlorure » d'éthyle présente l'avantage de ne pas nécessiter la pré- » sence d'un aide expérimenté, et, si cette considération peut » paraître puérile aux praticiens qui exercent dans les mi- » lieux hospitaliers ou dans les grands centres, elle pourra, » au contraire, tirer d'embarras le médecin de campagne » dénué d'aide éclairé. Car il n'est pas besoin d'être bien » expérimenté pour appliquer une compresse ou un masque » sur la bouche d'un malade et de compter 15 inspira- » tions. » Quel peut-être cet aide non éclairé dont parle notre confrère ? Nous préférons, en chirurgie dentaire, être à la fois l'anesthésiste et l'opérateur ; lorsque le malade a cette respiration stertoreuse qui caractérise le sommeil profond, nous abandonnons le masque pour saisir le davier, et l'opération suit son cours régulier. En agissant ainsi, nous ne croyons pas outrepasser les droits conférés par la loi sur l'exercice de la médecine, ni contrevenir à aucune règle de morale.

Il est encore un argument d'une haute valeur scientifique en faveur du chlorure d'éthyle, c'est l'absence de contre-indications. Le Dr H. Girard [2], s'exprime à peu près ainsi dans le très remarquable mémoire qu'il a publié en 1902 dans la *Revue de chirurgie* : « Ni les troubles de la circula-

1. L. Turcan, *Contribution à l'étude de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle ou kélène.* Th. Paris, 1903. J. Rousset, éditeur.
2. H. Girard, *Le chlorure d'éthyle en anesthésie générale*, in *Revue de chirurgie*, nos 10, 11, 12. F. Alcan, édit. Paris, 1902.

» tion, ni les affections des voies respiratoires, ni l'âge, ni le » sexe, ni la grossesse, ni les intoxications alcooliques ou » autres ne semblent s'opposer à l'emploi du chlorure d'é- » thyle. » Cette absence de contre-indications est une des multiples raisons qui nous poussent à vulgariser l'emploi du chlorure d'éthyle en chirurgie dentaire : à l'anesthésie générale, tranquille et sûre qu'il provoque, s'ajoutent encore la profondeur de son action, la facilité du réveil exempt de tout symptôme et de tout malaise gênant; aussi croyons-nous à la supériorité de cet agent anesthésique.

Il est enfin un dernier argument qui doit sortir de la bouche d'un de ceux qui ont la charge de faire à l'École dentaire de Paris, non seulement de l'enseignement mutuel, mais aussi de l'enseignement aux élèves. La loi nous a donné la libre pratique de l'anesthésie générale : il est de notre devoir, non seulement d'apprendre à nos élèves à manier ces agents anesthésiques, mais encore de leur montrer que l'application de leur droit est presque sans danger, s'ils savent se soumettre aux règles de prudence que nous leur enseignons. Essayer, comme le font les cocaïnistes à outrance, de démontrer aux dentistes et au monde scientifique, que l'application de l'anesthésie générale en art dentaire ne présente que des dangers et qu'elle est inutile, n'est-ce pas s'exposer à voir tomber en vétusté le droit à l'anesthésie de la loi de 1892? N'est-ce pas s'exposer à ce que les législateurs de l'avenir nous suppriment ce droit que nous avons acquis? Pour notre part, nous ne croyons pas que les anesthésiques généraux de courte durée soient capables de provoquer dans notre pratique actuelle plus d'accidents que la cocaïne. Nous soutenons plus loin, que les anesthésiques généraux de longue portée, malgré leurs inconvénients, malgré les statistiques chargées par suite d'une mauvaise technique d'administration, ont assez d'indications formelles en art dentaire pour que nous ayons le devoir d'en perfectionner l'emploi pour les rendre aussi inoffensifs que les cocaïnistes disent inoffensif leur anesthésique préféré. C'est mal préparer les

dentistes à user des droits qui leur ont été conférés, que de leur répéter sans cesse les inconvénients des anesthésiques généraux, en les exagérant de telle sorte qu'ils n'oseraient bientôt plus y toucher. Nous concevons notre tâche d'enseignement d'une toute autre façon, et nous chercherons, j'entends comprendre dans ce nous tous ceux qui pratiquent méthodiquement l'anesthésie générale, à perfectionner, pour la rendre complètement inoffensive, l'administration de tous les anesthésiques connus. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question à la fin de notre travail.

4° Accidents et inconvénients des anesthésiques généraux de courte durée : étude critique.

L'un des plus graves reproches adressés à l'anesthésie générale en art dentaire, c'est d'exposer, — pour des opérations bénignes — un malade à des accidents graves, mort, syncope, etc.

Les anesthésiques généraux de courte durée ont à notre avis une innocuité presque complète ; le protoxyde d'azote a une statistique énorme, (plusieurs centaines de mille cas) avec un décès, celui de Duchesne ; — le chlorure d'éthyle et les dérivés méthyl-éthylés ont une statistique moins élevée parce que plus jeunes ; ils ont à leur charge un accident mortel : il s'agissait « d'un malade très âgé, grand buveur, atteint de » dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque et d'artério- » sclérose très prononcée des artères coronaires[1] ».

Encore cet accident remonte-t-il à l'époque où le chlorure d'éthyle venait de faire son apparition dans la pratique journalière, alors que très peu d'opérateurs étaient initiés à son emploi et que l'on donnait des doses de 15 à 20 centimètres cubes, qui sont considérées aujourd'hui comme dangereuses par ceux qui comme nous ne donnent que 3 à 5 centimètres cubes. Sans doute, la cocaïne a subi la même évolution : c'est pourquoi, nous autres anesthésistes généraux convaincus, nous ne reprocherons pas aux cocaïnistes à outrance les

1. Cas de *Lotheisen*, Ueber die Gejahren der Aetherchlorydnarkose (Münchner med. Wochenschrift, 1900, n° 18).

accidents malheureux qui ont marqué leurs débuts dans la pratique de leur anesthésique préféré ; et pourtant certains de ces accidents ne se sont-ils pas produits alors que le praticien avait employé une dose tout à fait thérapeutique, « presque homœopathique » pour employer l'expression imagée de notre confrère M. Viau [1] ?

A l'heure actuelle les extractions faites avec les anesthésiques de courte durée ne sont pas suivies de syncope ; en est-il de même des extractions faites avec la cocaïne ? Les faits cliniques vont nous répondre : qu'elles soient provoquées par la cocaïne elle-même, ce que nous voulons bien ne pas croire, qu'elles soient au contraire le résultat de la peur provoquée par les préparatifs ou par l'opération elle-même, les syncopes n'en existent pas moins : chacun de nous a observé fréquemment des malades ayant présenté des fourmillements, des vertiges, des éblouissements, voire même des pertes complètes de connaissance, nécessitant des soins médicaux longs et énergiques [2].

Le malade soumis à l'anesthésie par le chlorure d'éthyle ou le protoxyde d'azote éprouve plus rarement de malaises : il est en état de quitter presque immédiatement le cabinet du dentiste, tandis que le malade, soumis à la cocaïne, doit, d'après M. Reclus [3], rester dans la position horizontale 2 ou 3 heures après l'intervention.

L'un des nombreux reproches adressés à l'anesthésie générale, et particulièrement aux agents de courte durée, c'est la nécessité d'opérer vite, et partant d'opérer avec brutalité. Nous considérons ce reproche comme injustifié ; il suffit d'avoir vu pratiquer les extractions dans les démonstrations de la Société d'Odontologie par ceux qui se font, comme nous-mêmes, les champions de l'anesthésie générale, j'ai nommé MM. Robinson, Jeay et Blatter, pour constater que chacun opère avec

1. Viau, *Etude critique des intoxications par la cocaïne, in Odontologie,* mars 1893.
2. Dufournier, *Dangers de la cocaïne, in Archives générales de médecine,* Asselin et Houzeau, édit., Paris, octobre 1889.
3. Reclus, *La cocaïne en chirurgie,* page 71. G. Masson, édit., Paris.

calme et lenteur. Personne ne se livre à un accès de brusquerie que rend d'ailleurs impossible le relâchement musculaire du patient; nous faisons en une, deux ou trois minutes, sans aucune précipitation, un nombre plus ou moins grand d'extractions de dents souvent friables, et nous ne donnons jamais à nos confrères le spectacle de dents fracturées, de fragments alvéolaires ou gingivaux arrachés. Il est certain qu'il faut une certaine habitude pour arracher sans violence des dents friables ou non sur un malade endormi; mais cette habitude n'est pas longue à prendre, puisque nos élèves de 3e année sont pour la plupart, après un stage de quelques mois, aussi habiles que de vieux praticiens. Nous soutenons que les extractions pratiquées avec la cocaïne ne peuvent pas être pratiquées beaucoup plus doucement qu'avec les anesthésiques généraux. Les deux méthodes sont, sur ce point particulier, également bonnes ; c'est d'ailleurs à leur application raisonnée qu'est due la disparition de ces mouvements brusques et désordonnés des opérateurs d'autrefois qui croyaient nécessaire de secouer terriblement la tête du malade pour luxer une dent. C'est grâce à l'anesthésie locale et aussi, quoiqu'on en dise, grâce à l'anesthésie générale que la luxation d'une dent est devenue une intervention aussi bien réglée que n'importe quelle intervention de chirurgie générale : il s'est passé en chirurgie dentaire ce qui s'est passé en grande chirurgie où les progrès ont fait des pas de géants depuis la mise en pratique régulière de l'anesthésie générale et locale.

Si nous ne parlons pas des vomissements que l'on signale parmi les accidents des anesthésiques généraux de courte portée, c'est qu'avec certains d'entre eux, le protoxyde d'azote, on ne les observe jamais, et qu'avec d'autres, comme le chlorure, on les observe une fois ou deux sur cent ; il est certain que la proportionnalité des vomissements avec le chlorure d'éthyle est plus grande qu'avec la cocaïne, mais cet inconvénient est compensé par les multiples avantages dont nous avons parlé.

On reproche aux anesthésiques généraux de provoquer

des phénomènes d'excitation. Ce reproche est formellement injustifié pour le protoxyde d'azote qui n'en provoque jamais. Pour le chlorure d'éthyle et le somnoforme, l'excitation ne se produit guère plus d'une à deux fois pour 0/0 ; depuis que nous employons le masque de Robinson par le procédé décrit plus haut, nous avons pratiqué plus de 500 anesthésies, et nous n'avons observé qu'une fois une excitation assez vive, encore s'est-elle manifestée au moment du réveil, et a-t-elle vite disparu. — Il faut d'ailleurs se rappeler que l'administration de la cocaïne provoque aussi des manifestations bruyantes, dont la fréquence et la durée sont bien supérieures à celles des anesthésiques généraux de courte portée.

On reproche aussi à l'anesthésie générale de ne pas permettre un bon éclairage de la cavité buccale, parce que l'on doit opérer sur des malades couchés. Ce reproche n'est nullement justifié en ce qui concerne les anesthésiques généraux de courte durée ; il devrait bien plutôt s'adresser à la cocaïne, puisque, pour suivre la règle absolue formulée par le Pr Reclus, il faut, si l'on veut éviter les accidents syncopaux, opérer sur des malades couchés. Ecoutons donc ce que dit à ce propos le Dr O'Followell[1] dans sa thèse inaugurale : « la recommandation » d'opérer sur un malade couché est simple et facile à observer » à l'hôpital ; il n'en est pas toujours de même dans la pratique » de la ville. Ce n'est pas que les habitudes prises et les conve- » nances de chacun soient des courants impossibles à remonter, » quoiqu'il faille encore compter avec eux ; mais pourra-t-on » toujours placer les patients dans le décubitus horizontal, » quand on aura à pratiquer des interventions courantes » telles que l'avulsion d'une dent. Cette position constitue à » elle seule chez les personnes pusillanimes « une grosse » affaire », et il est à craindre qu'on ait à lutter souvent » contre une frayeur exagérée ou même contre une résis- » tance irréfléchie, mais tenace. » Que de fois n'avons-nous

1. L. O'Followell, *L'anesthésie locale par le gaïacol, le carbonate de gaïacol et le gaïacyl*, pages 40 et 41. Th. Paris, 1897. Ollier Henry, édit.

pas eu l'occasion de vérifier l'exactitude de ces paroles! Un peu plus loin, le même auteur continue : « Nous avons vu » des malades souffrant atrocement d'une dent cariée, venir » en réclamer l'extraction. Ils s'installent dans le fauteuil, » nous examinons la dent malade, et, jugeant que l'avulsion » sera très douloureuse, nous décidons d'anesthésier le sujet. » Nous faisons alors jouer la vis qui incline le dossier, à » peine le malade est-il tombé en arrière qu'il se redresse » et, l'air inquiet, demande ce qu'on va lui faire. — Une » simple piqûre sur la gencive pour que vous ne souffriez » pas : allons, couchez-vous. — Le malade proteste, prétend » cette position inutile, et, pensant qu'on veut l'étendre parce » que l'on craint de lui une faiblesse, vous assure qu'il est » plein de courage. Vous donnez des explications, vous insis- » tez, peine perdue. Le plus souvent ou vous êtes obligé » d'opérer sans anesthésie, ou le malade refuse l'extraction. » Commenter ces paroles du Dr O'Followell en diminuerait l'importance : nous les avons si longuement reproduites parce qu'elles sont une excellente réponse à l'injuste reproche qui nous accuse de condamner au décubitus horizontal les malades soumis aux anesthésiques généraux de courte durée.

Enfin l'on reproche aux anesthésiques généraux de courte durée de provoquer des désordres plus ou moins éloignés, tels que des insomnies prolongées, des céphalalgies violentes, etc. Ces désordres sont possibles, bien que nous les croyons fort rares. Il nous semble que les cocaïnistes à outrance feraient bien de parler des accidents éloignés de la cocaïne. Mattison[1] rappelle le cas de James Leslie Calloghan, rapporté dans le London Lancet du 12 juin 1886, où l'on vit apparaître soudainement sur tout le corps un rash scarlatiniforme ; le même auteur cite aussi trois cas de manie, dans deux desquels l'état d'excitation dura trois heures. Rappellerons-nous aussi le cas de paralysie faciale publié

1. MATTISON, *Medical age*, Detroit Michigan, 11 avril 1887.

par le Dr Edward Bradly[1], de New-York, qui ne mit pas moins de six semaines pour guérir complètement.

Nous arrêterons là notre étude sur les anesthésiques généraux de courte durée. Avant de terminer, nous déclarons notre solide croyance en l'avenir de ce mode d'anesthésie : le nombre des malades, auxquels la plus minime douleur fait peur, augmente avec les progrès de l'éducation et du bien-être. Il s'accroîtra d'autant plus que ceux que l'on appelle non sans ironie les « apôtres dentaires de l'anesthésie générale » redoubleront d'ardeur dans la généralisation de leur méthode, étant donné que tout malade soumis à la narcose de ces anesthésiques rapides se charge lui-même de faire des adeptes. La cocaïne et ses dérivés amoindrissent la douleur ; les anesthésiques généraux la suppriment : l'avenir est à ces derniers. Multiplions nos interventions ; ce sont nos malades mieux que nous-mêmes qui se chargeront de démontrer les avantages de l'anesthésie générale. Nous n'en voulons pour preuve que ce qui se passe à la clinique de l'École : il y a quatre ans, le nombre des malades que nous soumettions, un jour par semaine, à la narcose, était considérablement réduit ; actuellement, nous sommes de service deux jours par semaine, et nous ne pouvons plus opérer, tant ils sont nombreux, les malades qui se présentent avec l'idée bien arrêtée de ne se laisser extraire, même une seule dent, qu'avec le secours de l'anesthésie générale. Ce nombre sans cesse croissant nous permettra d'établir dans quelques années une longue statistique qui nous autorisera à réfuter victorieusement cette trop spécieuse critique de M. Sauvez[2] « Quelques anesthésies exécu-
» tées devant vous sans accident ne doivent pas entraîner votre
» décision ». Actuellement notre statistique dentaire porte sur plus de 1500 cas : elle est vierge de tout accident ; elle parle aussi clairement que le « raisonnement juste » de M. Sauvez ; entendre un auteur déclarer que son raisonne-

1. E. Bradly, cité par *Dufournier*, *loco citato*, page 434.
2. E. Sauvez, *loco citato*, page 331.
3. E. Sauvez, *loco citato*, page 331.

ment est juste, nous paraît quelque peu présomptueux et fortement sévère pour tous ceux dont le raisonnement est différent.

II. — Les anesthésiques généraux de longue durée.

Actuellement deux anesthésiques généraux entrent dans cette classe : le *chloroforme et l'éther*. Si nous disons *actuellement*, c'est parce que nous pensons, avec un certain nombre d'auteurs, que le chlorure d'éthyle et les dérivés éthyl-méthyl-chlorès, administrés à doses successives de 2 à 3 cc., sans intervalle de réveil, sont susceptibles de fournir des narcoses assez longues pour la plupart des larges interventions dentaires que nous réservons à cette classe d'anesthésiques.

Il nous paraît inutile de revenir ici sur nos préférences en faveur du chloroforme ; nous nous sommes expliqués souvent sur cette question [1], notamment lors d'une des dernières réunions de la Société d'Odontologie, où nous avons eu le plaisir d'entendre notre excellent confrère le Dr Pinet [2], reconnaître, dans un certain nombre de cas, la supériorité du chloroforme sur l'éther dans la chirurgie dentaire.

1° Indications cliniques spéciales aux anesthésiques généraux de longue durée.

Quelles sont donc les interventions dentaires que nous déclarons être justiciables des anesthésiques généraux à longue portée ?

1° L'extraction *d'une dent de sagesse inférieure,* dont l'évolution ou la carie, ayant provoqué du trismus, menace le malade d'accidents infectieux souvent fort graves. Sur ce point nous sommes d'accord avec les cocaïnistes les plus convain-

---

1. E. Friteau. Société d'Odontologie de Paris, 1er mars 1904, in *Odontologie,* 30 mars 1904, p. 292.

2. Pinet. *Ether et chloroforme en art dentaire,* Société d'Odontologie de Paris, 1er mars 1904, in *Odontologie,* 30 mars 1904, p. 289.

cus : temporiser pour attendre que les accidents inflammatoires se calment, nous paraît exposer le malade à des dangers d'infection locale ou générale tels que nous préférons conseiller l'extraction immédiate sans la narcose chloroformique.

Notre manière d'agir est d'autant plus constante que, même à froid, les injections de cocaïne, dans la gencive d'une dent de sagesse inférieure, avec un trismus même léger, ne nous semblent pas faciles à mener sûrement à bonne fin ; il ne faut pas penser à manœuvrer une aiguille dans le fond d'une cavité buccale dont les arcades dentaires ne peuvent pas complètement s'écarter. A la grande rigueur, l'injection externe pourrait être pratiquée ; mais l'interne serait impossible, et partant l'analgésie cocaïnique serait mauvaise. S'il fallait attendre que la constriction disparût totalement pour pratiquer l'extraction avec la cocaïne, on risquerait fort d'attendre plusieurs semaines, au cours desquelles, malgré les soins antiseptiques les plus rigoureux, une nouvelle poussée d'accidents infectieux, locaux et généraux, pourrait évoluer au point de compromettre la vie du malade ;

2° L'extraction d'une dent dont la carie aura amené des *complications infectieuses graves*, ostéite suppurée, adénophlegmon du cou, gangrène de la voûte palatine, etc., complications qui nécessitent une intervention immédiate sous peine d'exposer le malade à des accidents septicémiques, qui pourraient devenir rapidement mortels ;

3° L'extraction d'une dent dont la position anormale sur le bord alvéolaire est telle qu'il serait impossible de faire, en place utile, une injection de cocaïne, et dont l'extraction semble devoir exiger une narcose plus durable que celle dont nous disposons avec les anesthésiques généraux de courte durée ;

4° L'extraction d'une dent qui a été, récemment ou non, fracturée profondément au cours de plusieurs tentatives ; il s'agit parfois d'une véritable opération chirurgicale ; aussi nous n'hésitons pas à conclure, avec M. Roy[1], en faveur de

1. M. Roy, *Les contre-indications de l'anesthésie locale*, Société d'Odonto-

la chloroformisation, puisque, dans ce cas, « la durée de » l'opération excède dix minutes, durée maxima de l'anes- » thésie cocaïnique dans la bouche », et durée supérieure à la narcose des anesthésiques de courte portée.

Pour ces trois derniers cas cliniques, nous sommes d'accord sur le choix d'un anesthésique avec la plupart des partisans de la cocaïne qui nous les abandonnent volontiers;

5° Les *extractions multiples,* chez les enfants de moins de 15 ans, qui supportent aussi mal l'alcaloïde qu'est la cocaïne qu'ils supportent bien le chloroforme, surtout administré par la méthode des gouttes. Nous ne cachons pas nos préférences pour le sommeil du chlorure d'éthyle chez les enfants, mais, en prévision d'une intervention dentaire longue et difficile, nous n'hésitons pas à conseiller chez les jeunes sujets l'administration du chloroforme. Nous nous empressons d'ailleurs de déclarer que les soins apportés maintenant à la dentition des enfants rendent ces grosses interventions dentaires de plus en plus rares;

6° Les *extractions multiples* de dents, contiguës ou non, au nombre minimum de 8 à 10, et qui semblent assez difficiles à extraire pour nécessiter une intervention de plus de 10 minutes. Le nombre de dents importe moins dans le choix d'un anesthésique que la durée approximative de l'intervention.

Quels sont donc ces malades qui se présentent à nous avec un grand nombre de dents à extraire ?

D'abord des malheureux qui, fréquentant rarement nos cliniques, n'ont pu par ignorance ou par manque de temps donner à leur dentition les soins hygiéniques les plus élémentaires. Combien chaque semaine voyons-nous à l'Ecole de pauvres ouvriers qui, retenus depuis leur adolescence dans des ateliers, se présentent à nous avec un nombre considérable de dents dans un état d'infection ou de destruction telle qu'il ne faut plus songer à la réparation ou à la conservation des racines ? Conseiller à ces malades qui, avec peine et parce qu'ils

---

logie de Paris, séance du 3 mai 1898, in *Odontologie,* IIe série, vol. VI, n° 10, 30 mai 1898, pages 394 à 399.

souffraient, ont consenti à perdre une matinée de travail, de venir 4, 5 ou 6 fois, à 2 ou 3 jours d'intervalle, se faire extraire leurs mauvaises dents avec la cocaïne, c'est courir au devant d'un échec certain ; à la première séance, le malade se fera extraire les dents dont il souffre ; mais, comme il ne souffrira plus lors du deuxième rendez-vous, il jugera inutile de perdre une autre matinée de travail pour se faire enlever des dents « qui ne lui font pas de mal ». Sous la narcose chloroformique, toutes les dents mauvaises seront enlevées en une seule séance, ce qui est un avantage pour l'ouvrier. L'on nous objectera que les malaises de la chloroformisation sont longs et pénibles, que le malade chloroformisé est voué au repos durant un ou deux jours. Nous répondrons avec nos livres de clinique de l'École : nos malades ne prennent jamais plus de 15 à 25 grammes de chloroforme ; l'élimination d'une si petite dose est rapide, et aucun des malades que nous avons interrogés sur ce point particulier, n'a été empêché de travailler au delà de la journée où nous l'avions endormi. Il n'en était pas de même du temps peu éloigné encore, où l'on administrait, en moins d'une heure, 100 à 120 grammes de chloroforme !

Ensuite, les malades qui, par négligence, par atavisme, et surtout par crainte du dentiste, n'ont jamais consenti, tant dans leur enfance qu'à leur âge adulte, à soigner leur dentition. Nous pouvons diviser ces malades en plusieurs catégories :

a) Ceux qui déclarent, et ils sont nombreux, qu'ils ne se laisseront extraire leurs dents que s'ils sont endormis. S'il y a des malades qui, ainsi que le clament les cocaïnistes, ont une grande frayeur du chloroforme, il en est d'autres qui envisagent la narcose chloroformique comme une nécessité absolue pour toute intervention chirurgicale, dentaire ou autre.

b) Ceux qui nous sont adressés par leur médecin, afin d'assurer une hygiène buccale rigoureuse avant de commencer un traitement général. Il y a parfois urgence à entreprendre ce traitement général et il peut y avoir incon-

vénient à retarder son application : il s'agit d'un syphilitique chez lequel le traitement mercuriel doit être établi d'urgence ; il s'agit d'un individu atteint d'un cancer de la langue et qu'un chirurgien ne veut opérer qu'après la disparition de ces foyers d'infection que sont des racines infectées ; il s'agit d'un tuberculeux qui ne tirera aucun bénéfice d'un traitement spécifique tant qu'il aura dans sa cavité buccale de multiples foyers d'infection, etc.

c) Ceux qui se présentent avec des abcès multiples, avec des gencives criblées d'orifices fistuleux, avec des accidents infectieux locaux qui les épouvantent ou des accidents généraux qui compromettent leur existence.

d) Ceux qui, las d'avoir, à chaque instant, des abcès ou des fluxions, ont pris une résolution que volontiers ils qualifieraient d'héroïque : ils sont venus chez le dentiste ! Quel est celui d'entre nous qui n'a pas vu, dans son cabinet des patients lui déclarer qu'ils consentent à se laisser soigner à la condition expresse que toutes les extractions soient faites en une seule séance. Pour notre part, nous avons entendu souvent des patients poser cette condition et nous n'avons jamais cru devoir chercher à ébranler une décision aussi peu déraisonnable. Même dans le cas où l'anesthésie locale nous paraît indiquée, nous ne pensons pas avoir le droit de refuser le secours de la narcose à un malade qui l'exige, et nous n'essayons même pas d'ébranler sa décision. Nous nous séparons encore sur ce point particulier de M. Sauvez qui conseille au dentiste, convaincu que l'anesthésie locale sera suffisante, de se refuser à pratiquer l'anesthésie générale.

Nous pensons que tous ces malades sont justiciables de l'anesthésie chloroformique.

S'ils sont menacés d'accidents généraux, l'hésitation n'est pas possible.

S'ils présentent des accidents locaux, abcès, fluxions, ostéite, etc., il y a intérêt immédiat à arrêter le développement de ces accidents en supprimant d'un seul coup les

multiples racines qui sont de véritables centres d'infection.

Si les gencives sont relativement en bon état, nous évitons l'infection des alvéoles vides par les dents non encore arrachées.

Une autre raison guide encore notre décision : elle découle de l'état mental du sujet. Nous répétons que les malades qui laissent arriver leur dentition jusqu'au point où il est nécessaire de pratiquer plus de 8 ou 10 extractions, sont des gens qui ont une grande terreur du dentiste : proposez-leur la série des extractions à la cocaïne, et vous ne les verrez plus revenir au deuxième rendez-vous : la piqûre leur aura fait peur ou l'extraction leur aura fait mal, malgré la cocaïne, et ils ne reviendront plus : aurez-vous fait votre devoir, aurez-vous pris l'intérêt véritable de votre malade ? Nous ne le pensons pas, parce que, dans une bouche telle que nous la concevons, il y a trop d'accidents à craindre pour que nous n'ayons pas le devoir absolu de mener à bonne fin le traitement complet. Nous n'en voulons pour exemple que le cas d'un malade que nous avons chloroformisé récemment dans la clientèle d'un confrère qui ne cache pas ses préférences pour la cocaïne : il s'agissait d'un homme nerveux, impressionnable, adressé à notre confrère et ami, M. Martinier, par un médecin des hôpitaux. Ce malade avait à extraire 9 à 10 dents, plus ou moins dispersées, la plupart difficiles à arracher ; le médecin voulait commencer rapidement le traitement général ; le malade consentait bien à se laisser arracher ses mauvaises dents, mais il ne fallait pas penser à lui proposer une succession d'interventions même indolores ! Ces raisons-là suffirent à décider M. Martinier à une anesthésie générale.

Ce cas-là est loin d'être isolé : on le rencontre à chaque instant en clinique ; aussi avons-nous cru utile de le rappeler pour montrer aux cocaïnistes qu'en matière d'extractions, chaque mode d'anesthésie a ses indications précises, et qu'ils ont tort de ne pas laisser à l'anesthésie générale la juste place qu'elle doit occuper ;

7° Les malades qui, ayant une ou plusieurs dents dont la carie a provoqué ou menace de provoquer des accidents inflam-

matoires locaux ou généraux assez graves, ont, du côté de leur état général, des indications formelles à une opération indolore.

N'est-ce pas le lieu de rappeler les sensationnelles déclarations des médecins et chirurgiens les plus éminents qui retentirent à l'Académie de médecine, dans les séances des 11 et 18 février 1902, relativement à la chloroformisation chez les cardiaques?

La plus importante de ces déclarations est celle du Pr Huchard, parce qu'elle emprunte toute son autorité à la science de l'éminent cardiopathe de la Faculté de Paris : extrayons-en les principaux passages : « Les médecins sont à chaque » instant consultés pour savoir si les cardiaques peuvent être » chloroformisés. Suivant moi, tous les cardiaques, aortiques, » mitraux, peuvent être anesthésiés par le chloroforme. Il n'y » a de contre-indications que chez les sujets en état d'asystolie, » de dyspnée toxi-alimentaire ou en instance d'œdème pulmo- » naire aigu..... On a dit que l'insuffisance tricuspidienne, que » l'insuffisance aortique, affections syncopales, étaient des con- » tre-indications ; mais la syncope n'est jamais un symptôme » d'une maladie du cœur ou de l'aorte ; quand la mort survient » par syncope chez un cardiaque, c'est à cause d'une compli- » cation..... ; le chloroforme, bien donné chez les cardiaques » n'est pas dangereux : c'est ce qui résulte des observations » recueillies sur plus de 300 cardiaques chloroformisés : ils » n'ont pas présenté un seul accident. [1] »

N'est-elle pas importante aussi pour la thèse que nous soutenons de l'anesthésie générale souvent nécessaire, cette phrase prononcée par le Dr Lucas-Chompionnière [2], à la même séance de l'Académie de médecine : « Non seulement les car- » diaques supportent bien le chloroforme, mais *il faut leur* » *donner ce chloroforme,* car il serait dangereux de pratiquer » une *petite opération* chez un cardiaque, *sans chloroformi-*

---

1. Huchard, Académie de médecine, séance du 11 février 1902, dans *Presse Médicale,* n° 13, 1902.

2. Lucas-Championnière, Académie de médecine, séance du 18 février 1902, dans *Presse Médicale,* n° 15, 1902.

» *sation.* » N'oublions pas cette phrase : elle réfute à elle seule ce que M. Sauvez appelle « les arguments de médecine lé-» gale. »

Il n'y a pas que les cardiaques qui doivent être soumis à l'anesthésie chloroformique pour des interventions dentaires qui rentrent dans la catégorie des petites opérations dont parle M. Lucas-Championnière : les hystériques et les nerveux devront être endormis puisque, comme le remarque justement notre confrère M. Roy[1] dans son *Manuel de Thérapeutique* : « On a accusé la cocaïne de réveiller chez certains » malades des états pathologiques latents, l'hystérie en parti-» culier ; la chose n'a rien d'extraordinaire puisque l'on a vu » que, si la cocaïne anesthésie les extrémités nerveuses, elle » excite les centres, et l'on s'explique que, chez les sujets pré-» disposés elle puisse provoquer des poussées de ce côté. » Après la chloroformisation, on n'observe pas d'excitabilité spéciale du système nerveux, ni aucune manifestation hystérique spéciale qui soit sérieuse par sa durée ou son intensité.

Il est encore un certain nombre d'autres états généraux au cours desquels nous croyons à la nécessité de la chloroformisation : nous préférons administrer, par exemple, 15 à 20 grammes de chloroforme à un albuminurique ou à un diabétique qui aurait une dizaine de mauvaises dents à extraire, que de le soumettre à une série de piqûres cocaïniques : nous craindrions l'élimination difficile de la cocaïne par le filtre rénal et des accidents de cicatrisation si fréquents chez les brightiques ; nous redouterions aussi les accidents infectieux ou gangréneux se greffant facilement chez les diabétiques sur des tissus dont la vitalité est encore amoindrie par la cocaïne.

Nous ne parlons pas des alcooliques dont les manifestations bruyantes ne sont évitées avec aucun anesthésique, ni local, ni général : avec le chloroforme, ces manifestations ont au moins l'avantage de se passer à son domicile et « les autres malades », dont parle M. Sauvez, ne seront pas effrayés !

---

1. M. Roy, *Thérapeutique de la bouche et des dents,* 2e édition, p. 289. Baillière, éditeur, Paris, 1904.

2° Ce qu'il faut penser des dangers et inconvénients de la chloroformisation ?

Étant donné que nous avons nettement défini les malades que nous soumettons à la narcose chloroformique, il nous faut mettre à leur juste place les dangers de la chloroformisation.

Le gros danger du chloroforme, disent nos adversaires, c'est la mort. A les entendre répéter, dans des phrases plus ou moins dramatiques, la description de la syncope chloroformique sous un jour d'autant plus effrayant qu'il est présenté avec une rare bonhomie, on croirait que tout malade endormi ne se réveillera plus.

Tel jongle avec la grande loi de succession dans l'envahissement des centres nerveux et démontre que le cerveau, la moelle et le bulbe sont envahis avec une brusquerie telle que, une fois la moelle atteinte, « un pas de plus, c'est la mort par intoxication du bulbe ». Mais cet adversaire veut donc ignorer que toute une série de signes objectifs permettent de régler *mathématiquement* la marche de la narcose chloroformique et de rester dans la limite d'action du chloroforme sur la moelle. Nous n'en sommes plus au temps où l'on poussait le malade jusqu'à ce que la pupille fût fixe et punctiforme, jusqu'à ce que le réflexe oculo-palpébral fût complètement aboli. Il y a longtemps que notre confrère, le Dr Biousse [1], publiant les remarquables cliniques du Dr Aubeau, nous a appris que l'anesthésie nécessaire aux opérations les plus douloureuses s'observait toujours avec « un » réflexe palpébral mou, sans vigueur ». Il y a longtemps que suivant les conseils du Pr Le Dentu [2], nous n'allons plus jusqu'à la dilatation pupillaire qui suit son insensibilité, mais que nous nous arrêtons « au moment où la pupille contractée *com-» mence* à devenir insensible à la lumière ». Or tant que le réflexe oculo-palpébral existe, tant que la pupille réagit, même

1. Ed. Biousse, *Leçons sur l'anesthésie générale*, professées par le *Dr A. Aubeau* in Clinique générale de chirurgie, n° 11, août 1902, page 403.

2. Le Dentu, Académie de médecine, séance du 18 février 1902, dans *Presse Médicale*, n° 15, page 177, février 1902.

faiblement, sous l'action des rayons lumineux, le chloroforme n'a encore envahi que la moelle, et il y a encore de nombreux pas à faire pour arriver à cet envahissement du bulbe, dont nos adversaires veulent tirer parti. Le danger d'accidents mortels par intoxication du bulbe n'existe donc pas pour tout anesthésiste qui, conscient de son rôle, surveille, 5 à 6 fois par minute, la non-disparition, la mollesse du réflexe oculo-palpébral.

Tel autre jongle avec les statistiques, et nous donne des chiffres sur l'authenticité desquels nous nous garderons bien d'élever le moindre doute. Mais n'avons-nous pas vu M. Reclus et ses élèves disséquer avec habileté, et non sans succès, les trente cas d'accidents cocaïniques mortels, rapportés au Sénat par le Pr Brouardel, lors de la discussion de la loi de 1892 : pour ces auteurs, les uns sont des accidents d'ingestion ; d'autres sont des accidents de badigeonnage ; la plupart sont justement imputables à des doses considérables d'alcaloïde, employées par des mains téméraires et inexpérimentées ; d'autres sont dues (cas de Bouchard) à l'enserrement de la taille par une corde de religieuse ! Mais pourquoi ne nous serait-il pas permis de disséquer aussi notre statistique ? Nous y trouverions d'abord des accidents dus à des doses trop considérables : qui ne se souvient, sans frémir, des 150 à 200 grammes de chloroforme administrées pour des opérations de moyenne durée, des 90 à 100 grammes donnés pour une intervention dentaire ?

Nous y trouverions aussi des accidents dus à des mains inexpérimentées ; il suffit de se rappeler comment fonctionnaient, récemment encore, la plupart des services hospitaliers où le chloroforme était confié à un étudiant lors de ses premières visites à l'hôpital. Cette remarque nous est suggérée par l'une des phrases prononcées par le Pr Huchard [1], à l'Académie de médecine, au cours de la séance du 11 février 1902 : « La mort survient le plus souvent parce que le chloroforme » est mal donné, à cause de l'inattention ou de l'inhabileté du

---

1. Huchard, Académie de médecine, séance du 11 février 1902, dans *Presse Médicale*, n° 13, 1902.

» chloroformisateur; c'est pour cela que les morts par chloro-
» forme sont plus fréquentes dans les hôpitaux qu'en ville. Mais
» où les élèves apprennent-ils la chloroformisation ? dans les
» hôpitaux? Il n'y a pas en France, comme en Amérique, d'école
» spéciale pour cet art. » N'est-elle pas significative aussi cette opinion de M. Reynier[1], formulée à la Société de Chirurgie : « Raisonnablement on ne peut attendre une grande expé-
» rience des jeunes externes ou stagiaires auxquels on confie
» d'ordinaire, dans les services hospitaliers, le soin de donner
» le chloroforme. Et voilà bien la meilleure preuve que ce der-
» nier n'est pas bien dangereux, car autrement, avec la façon
» défectueuse dont il est administré, combien de morts se-
» raient plus fréquentes ! » Est-ce que la cocaïne n'a pas eu aussi ses décès alors qu'on l'employait d'une façon immodérée et avec de multiples fautes de technique ?

Nous trouverions aussi dans ces statistiques des accidents dus à des impuretés du chloroforme ; nous nous rappelons avec terreur avoir vu, en 1890, administrer, dans un service de chirurgie d'un hôpital parisien, du chloroforme conservé dans un flacon d'un litre, dont la large ouverture était fermée par un bouchon de liège !

C'est avec ces statistiques, commencées il y a 50 ans, que l'on combat la chloroformisation ; mais, de même que M. Reclus soutient avec raison que l'administration de la cocaïne a fait d'immenses progrès, que la solution à 1 0/0, sur un malade couché, est absolument inoffensive, de même nous pouvons affirmer que l'administration du chloroforme est devenue inoffensive par la méthode des gouttes, avec un chloroformisateur instruit et attentif, avec un bon chloroforme conservé dans des tubes de faible contenance fermés à la lampe.

A propos du rôle réellement joué par le chloroforme dans ces cas de morts reproduites par les statistiques, il nous paraît utile de rappeler l'opinion formulée par le Pr Brouar-

1. Reynier, Société de chirurgie, séance du 29 janvier 1902, dans *Presse Médicale*, n° 10, 1902.

del[1], à l'Académie de médecine, séance du 25 février 1902 : « Les observations montrent que la mort subite par syncope » réflexe s'observe dans beaucoup de cas où aucune anesthésie » n'a été pratiquée : une irritation portant sur les extrémités » du nerf pnemogastrique, une opération sans anesthésie, » une émotion, une piqûre d'abeille, ont, dans bien des cas, » provoqué la mort. Donc beaucoup de morts sous le chloro- » forme ne sont pas imputables à l'anesthésique lui-même. » Combien y a-t-il de ces morts-là dans les statistiques qui donnent le pourcentage dont on nous accable ?

Nous pourrions encore retirer des statistiques toutes les anesthésies non dentaires ; nous ne le ferons pas, parce que l'on nous objecte que les accidents surviennent la plupart du temps pour des opérations bénignes et que les extractions rentrent dans cette catégorie. M. Sauvez nous cite bien le cas d'une femme morte sous le chloroforme pour une opération dentaire pratiquée par l'un de ses amis : il nous parle à ce propos des « nuits d'insommie que de tels événements amè- » nent dans la vie d'un homme » ; nous aurions mieux aimé lire, à la place de cette phrase troublante, l'observation détaillée de cette malade ; nous aurions pu y chercher la cause vraie de la mort : qui sait si, trouvant nous aussi une corde de religieuse, nous n'aurions pas enlevé ce décès à la statistique de la chloroformisation dentaire qui n'est pas établie.

A propos des chances de syncope dans les narcoses pour opérations dentaires, nous répéterons ce que nous avons dit récemment à la Société d'Odontologie[2] :

1° La *syncope tertiaire,* par intoxication, ne peut se produire avec les doses que nous administrons par la méthode de Labbé : aucune intervention dentaire ne dure plus d'une heure ; 15 à 25 grammes de chloroforme suffisent pour ce laps de temps et ce ne sont pas ces doses-là qui tuent par intoxication ;

1. Brouardel, Académie de médecine, séance du 25 février 1902, dans *Presse Médicale*, n° 17, 1902.

2. E. Friteau, *Société d'Odontologie*, séance du 1er mars 1904, in *Odontologie*, page 292, n° du 30 mars 1904.

2° La *syncope secondaire,* par excitation du bulbe, ne se produit pas puisque, nous tenant dans l'état de mollesse du réflexe oculo-palpébral et d'affaiblissement de la sensibilité pupillaire à la lumière, nous restons dans la sphère d'action du chloroforme sur la moelle, et nous n'atteignons pas la période d'envahissement du bulbe, la seule dangereuse ;

3° La *syncope primaire,* laryngo-réflexe, ne se produira pas si l'on a soin d'habituer la muqueuse nasale du malade aux vapeurs irritantes du chloroforme, et surtout si l'on a soin de calmer ses appréhensions. Cette syncope est la plupart du temps provoquée par la peur ; à l'heure actuelle, justice est faite en ce qui concerne le rôle joué par le chloroforme dans la syncope primaire : c'est la peur qui provoque une syncope par inhibition, tout comme en provoque une vive douleur, une émotion violente chez certains individus particulièrement impressionnables. Nous basons notre assertion sur de nombreux auteurs et sur les opinions successivement formulées à la Société de Chirurgie par MM. Delbet, Terrier, Reclus, Bazy et que la *Presse médicale*[1] résume ainsi : « Les syncopes du début de la chloroformisation, qui » sont toutes des morts par syncope cardiaque, sont le ré» sultat d'une frayeur, d'une anxiété extrêmes ressenties par » des malades pusillanimes et nerveux au moment de l'opé» ration. »

N'avons-nous pas reproduit plus haut l'opinion du Pr Brouardel[2] sur le rôle joué par le chloroforme dans la production des syncopes primaires : « Beaucoup de morts sous le » chloroforme ne sont pas dues à l'anesthésique lui-même. » Il suffira donc, pour éviter cette syncope, la seule qui puisse se produire dans les interventions dentaires, de calmer les craintes du patient par les multiples moyens conseillés par tous ceux qui pratiquent l'anesthésie générale[3], et dont le plus efficace est la confiance raisonnée du médecin dans l'ef-

1. *Discussion sur le chloroforme*, Société de chirurgie de Paris, séances des 15, 24 et 29 janvier 1902, in *Presse Médicale*, nos 6, 8, 10, 1902.
2. Brouardel, loco citato, in *Presse Médicale*, n° 17, 1902.
3. E. Friteau, *Clinique d'anesthésie*, in *Odontologie*, p. 119, n° du 15 février 1903.

ficacité et l'innocuité du médicament qu'il emploie. La peur et la méfiance sont les pires défauts d'un anesthésiste.

Nous pensons avoir réfuté ce que les adversaires de l'anesthésie générale considèrent comme leur principal argument, à savoir le danger de mort : nous répétons comme Sédillot : « Le chloroforme bien donné ne tue jamais » ; rappelons seulement comme lui « qu'il suffit d'un rien pour tuer le ma- » lade » ; mais, pour ne pas tronquer la pensée de l'auteur, disons que ce rien dépend de l'habileté, de l'instruction et de l'attention de l'anesthésiste.

Ecartons donc l'idée de mort, parce qu'on doit toujours l'éviter, et examinons les autres inconvénients du chloroforme pour les cas dentaires que nous avons pris : cela fait sensation, de se « jeter des morts à la tête », mais vraiment il ne faut pas les exagérer au cours d'une argumentation qui nous semble vouloir trop prouver.

(*A suivre*).

ANOMALIES DENTAIRES ACQUISES

Par J. de Croës,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

(Communication au Congrès d'Angers.)

Les anomalies congénitales ont été suffisamment étudiées et classées de façon magistrale en maints travaux, pour que ce ne soit pas de ce côté que notre observation ait été dirigée. Nous avons été attiré au contraire vers les anomalies dentaires acquises, qui jusqu'ici, tout au moins à notre connaissance, n'ont été l'objet d'aucun travail. Elles sont pourtant nombreuses et importantes, puisqu'elles impriment dans presque toutes les bouches qu'elles frappent l'accident pathologique, ou physiologique que notre profession nous donne le devoir de réparer. Nous voyons donc la nécessité de définir et de classer ces anomalies pour pouvoir les enseigner avec méthode à nos élèves.

Définition. — Nous entendons par anomalies dentaires acquises : les déformations, les déviations et les déplacements que peuvent prendre, après l'évolution dentaire complète, les dents et les maxillaires sous l'influence de différents états anormaux, locaux ou généraux.

Étiologie. — Les causes de ces anomalies sont nombreuses et peuvent varier à l'infini ; mais comme il est indispensable de les classer, nous pouvons dire qu'elles se résument en trois ordres :

1° Causes d'ordre physiologique ;

2° Causes d'ordre pathologique ;

3° Causes d'ordre opératoire.

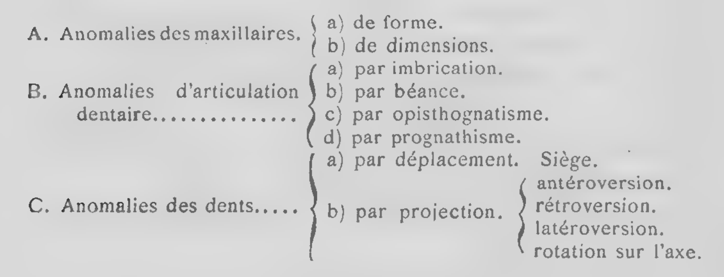
1° *Causes d'ordre physiologique.* — Celles-ci sont fréquentes, puisqu'elles sont occasionnées par une sénilité précoce, qui provoque les déviations, les élongations et la chute prématurée des dents.

2° *Causes pathologiques.* — Les causes *pathologiques* peuvent être divisées en deux catégories : les causes *locales*,

parmi lesquelles il faut ranger les traumatismes non chirurgicaux, les gingivites, les stomatites, les ostéites et les nécroses; — les causes *générales* qui comprennent les intoxications, le diabète, la syphilis, l'albuminurie, le tabes dorsalis et d'autres états généraux.

3° *Causes opératoires.* — Ces dernières sont encore plus nombreuses; elles sont du domaine de la *chirurgie générale:* opérations exécutées sur les maxillaires; ou du domaine de la *chirurgie dentaire :* extractions des dents. L'extraction d'une ou de plusieurs dents amène, en effet, le déplacement des dents voisines, soit par la tendance que celles-ci ont toujours à se desserrer, soit par l'élongation de la dent antagoniste qui ne se trouve plus soutenue par l'articulation.

Classification. — Les diverses causes que nous venons d'énoncer produisant sur les maxillaires, l'articulation et les dents des effets multiples, qui nécessitent des soins différents, il était de toute importance de les diviser en catégories spéciales, qui nous donnent la classification suivante :


A. Anomalies des maxillaires. { a) de forme. b) de dimensions.
B. Anomalies d'articulation dentaire.............. { a) par imbrication. b) par béance. c) par opisthognatisme. d) par prognathisme.
C. Anomalies des dents..... { a) par déplacement. Siège. b) par projection. { antéroversion. rétroversion. latéroversion. rotation sur l'axe.

A. *Anomalies des maxillaires.* — L'extraction ou la chute des dents provoquent dans la structure des mâchoires des variations de forme et de dimensions ayant pour cause l'ostéite raréfiante qui provoque une résorption plus ou moins accentuée du bord alvéolaire.

Un maxillaire *partiellement* dépourvu de dents présente des dépressions de profondeur variable aux endroits où les dents manquent : l'arcade dentaire peut prendre une

forme très irrégulière, capable de rendre difficile sa restauration prothétique (fig. 1-2).

Quand le maxillaire est *totalement* dépourvu de dents, l'arcade se trouve diminuée à tel point que les joues et les lèvres n'ont plus de soutien (fig. 3).

B. *Anomalies d'articulation.* — Elles peuvent succéder aux anomalies des maxillaires que nous venons de décrire, ou bien elles peuvent être seulement sous la dépendance de déviations dentaires ; du reste en les passant successivement en revue nous étudierons leurs causes :

a) Imbrication. — L'imbrication est l'anomalie constituée par l'écrasement de l'articulation ; elle a pour cause l'absence de dents ; cette absence peut être totale ou partielle.

S'il y a *absence totale* des dents, les crêtes alvéolaires tendent à se rapprocher jusqu'à ce qu'il y ait contact. La rencontre des bords alvéolaires amène dans les muscles masticateurs, dans les muscles peauciers de la face, dans l'articulation temporo-maxillaire elle-même, des modifications considérables ; elle provoque aussi une diminution de hauteur dans le diamètre vertical de la face, diminution qui enlève l'harmonie de l'esthétique faciale (fig. 3).

L'*absence partielle* de certaines dents peut provoquer l'anomalie que nous appelons imbrication. Lorsque les molaires manquent, ou même lorsqu'elles ne se rencontrent plus, l'imbrication peut se produire : les dents antérieures ne sont pas capables de s'opposer à la production de l'abaissement de l'articulation, car les supérieures sont chassées par les inférieures, ces dernières offrant à l'affaissement une résistance formée par la convexité de leur courbure dans le sens de l'effort (fig. 5-6).

Il n'est même pas nécessaire que toutes les molaires restantes n'aient pas d'antagonistes ; l'imbrication peut se produire s'il reste deux ou plusieurs molaires se rencontrant ; certains muscles masticateurs amènent alors une rotation de l'articulation sur ces molaires restantes, et cette rotation a pour résultat un écrasement dans les rapports

des dents antérieures, supérieures et inférieures (fig. 8).

b) Béance. — La béance acquise est constituée par un manque d'occlusion entre les dents antérieures, inférieures et supérieures ; entre les dents, les mâchoires fermées, il existe un vide. Ce manque d'occlusion peut avoir deux causes :

1° Il peut être dû, soit à une élongation physiologique de molaires séniles, qui rehaussent l'articulation ; 2° soit encore à la projection en avant des incisives, sous l'influence de la même cause atteignant primitivement ces dernières.

c) Opisthognatisme. — Quand un maxillaire seul est dépourvu de toutes ses dents ou du moins des antérieures, la résorption alvéolaire reporte en arrière de sa place primitive le bord alvéolaire, et la mâchoire opposée prend alors l'apparence d'opisthognatisme (fig. 4-6).

d) Prognathisme. — Cette déformation est produite par la projection en avant des dents antérieures d'un maxillaire, généralement le supérieur, par les dents antérieures inférieures lorsque les molaires n'ont pas d'antagonistes ou lorsqu'elles n'existent plus (fig. 7-8).

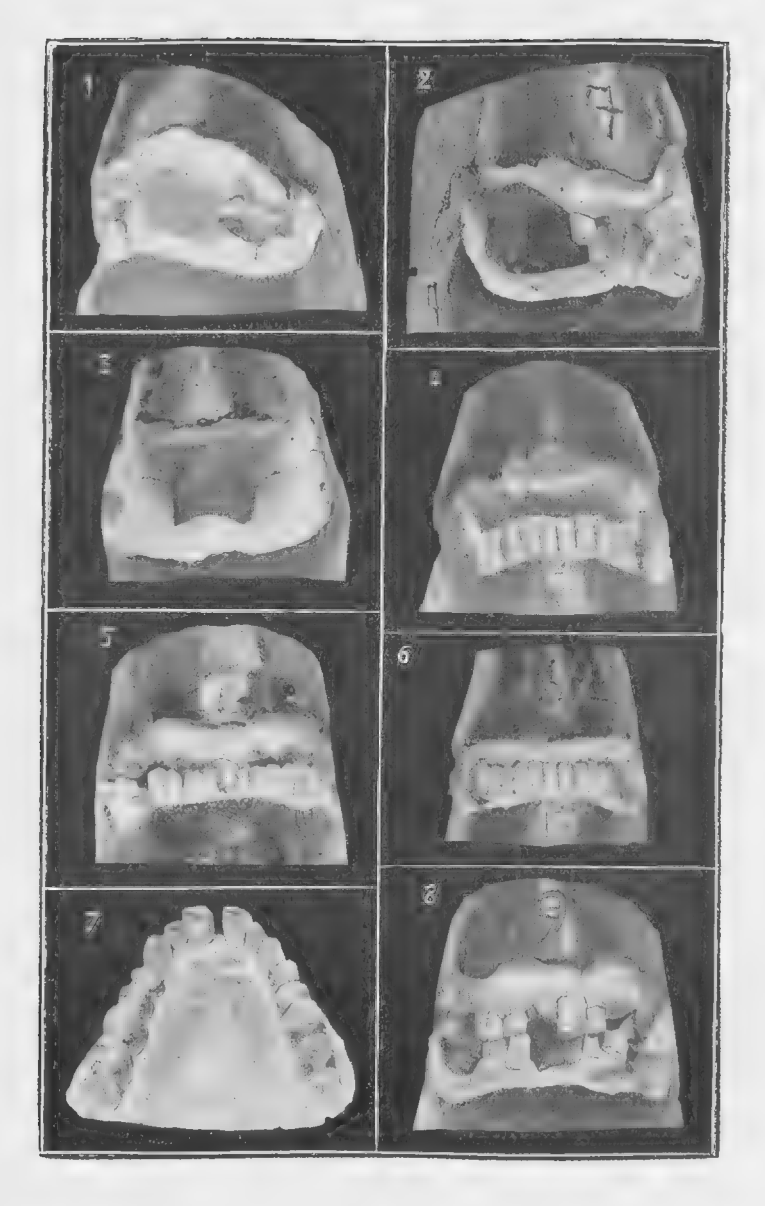
C. *Anomalies des dents.* — Les dents subissent isolément, sous l'influence d'élongation, d'engrènement mauvais, ou par suite de la disparition de dents voisines, des phénomènes de déviation dans leurs positions régulières.

Elles peuvent être *complètement* déplacées et prendre par exemple la place d'une dent voisine extraite : c'est alors une anomalie de siège acquise. Nous en voyons un exemple dans l'extraction de la dent de 6 ans, dont la dent de 12 ans vient prendre la place lors de son évolution.

Les exemples de ces déplacements acquis sont nombreux ; nous ne croyons pas utile de les énumérer en détail ; nos figures en contiennent quelques types intéressants.

Les dents peuvent être *incomplètement* déplacées ; elles subissent des déviations sur leur axe d'implantation ; leur couronne est projetée dans une direction quelconque, soit en dehors, soit en dedans de l'arcade, à gauche ou à droite de leur place primitive. Elles peuvent subir aussi des phéno-

PLANCHE I.



mènes de rotation toujours liées aux anomalies de projection (fig. 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16).

Toutes les anomalies acquises des dents et des maxillaires que nous venons d'étudier, et qui rappellent les anomalies congénitales, s'accompagnent de déformations plus ou moins apparentes, toujours nuisibles à l'esthétique faciale. Ces déformations esthétiques sont dentaires ou faciales.

Les déformations faciales sont les plus visibles, car elles sont plus apparentes, généralement pendant la mastication et l'élocution.

Celles qui provoquent les plus grands changements sont les anomalies d'articulation par *imbrication*, surtout celles qui sont dues à l'absence totale ou partielle des dents.

Le manque total des dents sur les deux maxillaires provoque le rapprochement du menton vers le nez, l'affaissement et le retrait en dedans des lèvres.

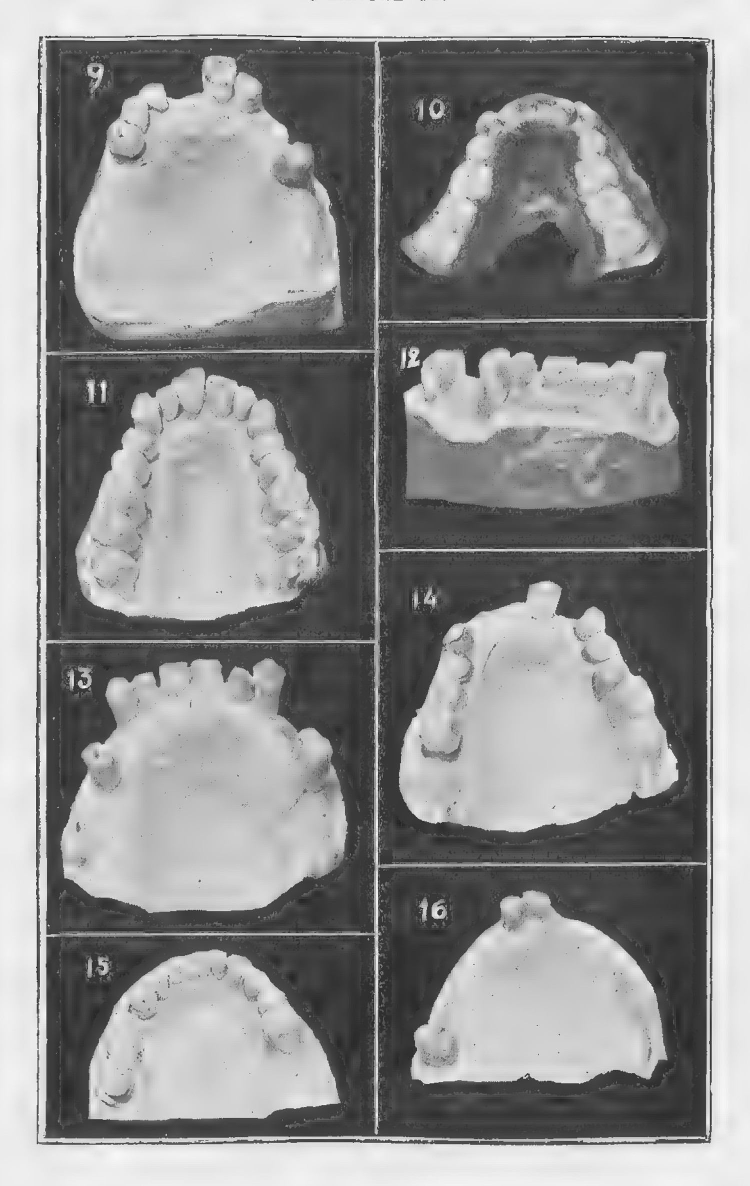
Le *manque total* des dents sur le maxillaire supérieur amène de l'opisthognatisme de ce maxillaire : la lèvre supérieure est en retrait et elle peut être plus ou moins couverte par les dents inférieures. Si c'est le maxillaire inférieur qui est totalement dépourvu de dents, le menton est fortement saillant en avant.

4° *Déformations qu'elles provoquent.* — Le *manque partiel* des dents peut porter sur un seul côté des maxillaires ; ce côté de la face se trouve alors considérablement diminué.

Les déformations des dents détruisent d'une façon moins apparente l'esthétique faciale ; elles sont cependant appréciables et provoquent une gêne notable, lorsque l'individu fait usage de la parole. L'élongation des dents antérieures, par exemple, s'accompagne du soulèvement de la lèvre supérieure, et ce soulèvement découvre, lorsque l'individu parle, les changements survenus dans la disposition régulière des arcades dentaires. Ces déformations dentaires,

auxquelles s'habituent ceux qui les possèdent, contribuent à leur faire perdre leur caractère de force, de jeunesse et de santé. Aussi est-il indispensable de remplacer rapidement les pertes de substance, de rétablir les articulations anormales et d'harmoniser l'aspect général des dents, absentes ou déviées, avec les divers moyens que la prothèse met à notre disposition.

PLANCHE II.





REVUE CLINIQUE

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA SUPPURATION DU SINUS MAXILLAIRE ET NOTAMMENT SUR SON DIAGNOSTIC ET SON TRAITEMENT.

Par M. H. Tilley,

Oto-rhinologiste de l'hôpital Golden Square.

Le travail de Tilley présente un intérêt considérable, tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique, voire professionnel. Comme il le fait remarquer en effet, le sinus a été pendant longtemps une zone neutre, séparant les territoires d'action du chirurgien-dentiste d'une part, du rhinologiste d'autre part : en réalité elle relève des deux spécialités et c'est pourquoi nous signalerons ici les points nouveaux sur lesquels l'auteur appelle notre attention dans cette importante question.

Ayant été à même d'observer un assez grand nombre de suppurations de l'antre d'Highmore, l'auteur nous soumet des observations personnelles, et son travail est, non une revue générale, mais un recueil de faits et de conclusions, fruits d'une longue pratique et d'une grande expérience. La majorité de ses constatations a trait à des malades de sa clientèle privée. « Il est très facile, dit-il, de suivre de près l'histoire de ses clients particuliers, tandis qu'il est pratiquement impossible de garder des relations avec les malades qui sont sortis de l'hôpital : pour ceux-ci en effet adoucir leurs souffrances, c'est les guérir, les exigences de leur travail et la perte de temps que leur occasionne leur séjour à l'hôpital les forçant à regagner leur demeure avant que l'on puisse leur affirmer d'une manière positive leur guérison définitive... » Nous sommes donc en présence d'une statistique de 82 cas d'empyème du sinus maxillaire observés en moins de deux années. L'auteur tire de leur étude un certain nombre de conclusions anatomiques, cliniques et thérapeutiques.

Anatomie et développement. — « L'antre existe dès la naissance, mais il est alors si petit que, comme le dit Logan Turner, c'est une simple échancrure, une fente située sur la paroi externe de la cloison nasale; plancher de l'orbite et alvéoles dentaires sont presque contigus. Lorsque la face est en période de croissance, la cavité sinusienne se forme par absorption du tissu osseux du corps de l'os..... On trouve presque toujours des dépressions bien marquées et des anfractuosités sur la surface interne du sinus, et dans ces conditions, il est difficile à la curette du chirurgien d'atteindre la muqueuse qui recouvre ces parois anfractueuses... »

Autres points anatomiques importants :

a) Les racines de la seconde prémolaire et des molaires sont tout à fait contiguës au plancher de l'antre, et même, dans certains cas exceptionnels, la première prémolaire et la canine peuvent s'approcher de la lumière du sinus.

b) Le plancher des fosses nasales et l'antre sont aussi au même niveau, fait qui est de la plus grande importance pratique lorsque dans une opération on veut assurer un drainage convenable allant de l'antre vers le nez.

c) Position élevée (canal de l'infundibulum) de l'ostium rendant difficile tout drainage par cette voie.

d) Relations des sinus maxillaires et frontaux, permettant à un écoulement prenant naissance dans un sinus frontal d'envahir, avant de se faire jour par le nez, le sinus maxillaire correspondant, devenu ainsi un véritable réservoir pour les sécrétions des cavités voisines, cellules ethmoïdales et sinus frontal. Ces rapports ont été prouvés par Tillaux (une grande quantité de l'eau injectée dans le sinus frontal s'écoule dans la cavité de l'antre d'Highmore). Le pus peut donc suivre la même voie sans qu'il y ait nécessairement infection secondaire du sinus maxillaire. La clinique vient corroborer ce dernier fait :

« M. F.., âgé de 54 ans, souffrait depuis cinq ans d'un écoulement purulent, s'accompagnant d'une obstruction nasale due à l'existence d'un énorme polype qui s'était développé dans sa cavité nasale.

» A plusieurs reprises, on enleva ce polype, mais l'écoulement continua comme par le passé et il devint évident qu'il prenait naissance au niveau des sinus frontaux et sphénoïdaux, des cellules ethmoïdales et du sinus maxillaire. Les deux sinus maxillaires furent alors drainés par la méthode alvéolaire et, pendant deux ans, on fit par cette voie deux injections par jour afin d'irriguer complètement les cavités. L'écoulement purulent, bien qu'il eût diminué d'intensité, et que sa fétidité eût disparu, continuait malgré tout à exister, excessivement abondant..... Finalement le malade se décida à se faire opérer radicalement afin d'être guéri entièrement de cet écoulement.

» En juin dernier, je pratiquai l'opération sur les deux sinus frontaux et, à mon grand étonnement, je vis qu'il était inutile de pousser plus loin l'intervention et d'ouvrir les sinus maxillaires, car du jour où j'eus ainsi pratiqué cette opération sur les sinus supérieurs, aucune goutte de pus ne s'écoula de l'antre.

» C'est certainement une chose remarquable que ce sinus antral ait pu pendant si longtemps servir de réservoir sans devenir lui-même un foyer purulent.

e) Relations des cellules ethmoïdales inférieures, susceptibles de s'étendre jusqu'au-dessous du plancher osseux de l'orbite, avec l'antre d'Highmore, qui peut les infecter secondairement — d'où nécessité de s'assurer de leur destruction, si elles existaient, dans toute cure radicale de sinusite maxillaire.

Causes de l'empyème du sinus. — Le sinus maxillaire peut s'infecter par voie nasale, notamment au cours des fièvres éruptives et des maladies infectieuses (érysipèle, fièvre scarlatine, rougeole, diphtérie, fièvre typhoïde, pneumonie, *influenza*, etc.), primitivement ou secondairement à l'invasion d'une cavité voisine — ou bien à la suite d'une inflammation aiguë de la muqueuse nasale et sinusienne au cours d'un coryza intense. Il est certain que les traumatismes peuvent jouer un certain rôle dans la production de l'empyème ; « et ici je crains bien que, dentiste ou rhinologiste, le praticien ne soit pas toujours à l'abri de tout reproche ; comme exemple, je pourrais citer trois ou quatre cas, encore présents à mon souvenir, et dans lesquels les symptômes de l'empyème ont immédiatement suivi une tentative d'extraction dentaire ; d'après les observations, il semblerait qu'à la suite des efforts tentés une partie de la racine avait pénétré dans la cavité sinusienne. Une autre fois, les symptômes ont fait leur apparition à la suite d'une obturation de dents ; ce furent d'abord de violentes douleurs dentaires qui s'amendèrent tout à coup en même temps que le malade constatait l'apparition d'un écoulement nasal purulent associé à une odeur infecte. Dans ce cas, il est vraisemblable que, faute d'asepsie avant le plombage, il s'était produit une suppuration s'étant fait jour par le chemin offrant la moindre résistance et ayant ainsi gagné le sinus ». Une application de galvanocautère, des ablations de polypes du nez ont été suivis d'empyème du sinus.

Mais il n'est pas douteux que dans la très grande majorité des cas, ce sont les dents qu'il faut incriminer comme causes de la suppuration du sinus maxillaire. Sur trois cents cas d'empyème de l'antre, l'auteur n'a rencontré qu'une malade chez

laquelle les dents étaient parfaitement saines. Cette statistique est en contradiction avec celle de Grünwald (de Munich), qui, sur 98 cas de suppuration du sinus, n'a reconnu que 14 fois leur origine dentaire : ceci tient à ce que l'auteur range parmi les dents malades tous ceux de ces organes qui présentent la moindre atteinte, « un foyer d'infection siégeant au niveau de la couronne pouvant s'étendre au sinus en longeant l'alvéole et les os sains ».

Symptomatologie. — L'auteur n'apporte aucune contribution nouvelle à cette partie de la question. Il rappelle rapidement les divers symptômes, en insistant avec raison sur les troubles digestifs et nerveux qui peuvent accompagner une sinusite «..... la digestion se fait mal, ce qui est dû à une forme plus ou moins grave de gastrite due à l'ingestion de pus... ; en même temps l'absorption de pus par la circulation générale a un effet pernicieux sur le système nerveux..... », d'où dépression physique et morale, neurasthénie, etc.

Diagnostic. — N'insistons pas sur la difficulté de ce diagnostic; signalons un moyen ingénieux, imaginé par l'auteur pour confirmer dans une certaine mesure un diagnostic hésitant : « Faites placer le malade devant vous, debout, les pieds joints ; dites-lui d'essayer de toucher ses pieds avec ses mains sans fléchir les genoux. Maintenez-le dans cette position de flexion du corps en avant pendant deux ou trois minutes ; elle amènera une congestion céphalique intense, d'où douleur au niveau des dents malades ou du sinus atteint et de la région frontale correspondante. »

Après avoir signalé les autres moyens de diagnostic, l'auteur s'arrête à « la seule manière certaine de reconnaître la présence ou l'absence de pus dans l'antre : c'est l'exploration directe ». Il ne la pratique pas par la voie alvéolaire : « en effet si l'exploration démontre l'absence de pus, le malade aura perdu des dents utiles, sans parler de l'ennui de l'anesthésie et des douleurs post-opératoires toujours vives. » C'est par la voie nasale qu'il faut pratiquer cette exploration :

« Un petit tampon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne à 10 pour cent est appliqué au moyen d'un stylet sur la paroi interne de l'antre, sous l'extrémité antérieure du cornet inférieur. Au bout de quelques instants, un fin trocart avec sa canule est enfoncé en arrière et un peu en haut dans la paroi interne de l'antre ; on retire le trocart en ayant soin de laisser la canule en position ; à l'extrémité libre de cette canule on adapte un tube en caoutchouc dans lequel on peut injecter de l'eau boriquée chaude ou une solution saline normale. S'il n'y a pas de pus dans le sinus, on le voit tout de suite par ce procédé, qui est simple, qui ne fait pas saigner et est absolument probant. Chose curieuse, dans nombre de cas où j'employai ce procédé, le malade se plaignit immédiatement, après que j'eus perforé l'antre, de souffrir du côté où il avait des dents gâtées. C'est un signe qui a de la valeur, car il indique aussitôt qu'une ou peut-être plusieurs dents malades sont la véritable cause de cette affection. »

Traitement. — Drainage par les alvéoles dentaires et lavages répétés du sinus (mieux encore par une ouverture pratiquée dans la partie inférieure du méat moyen), dans le cas de suppuration aiguë, ou chronique lorsque le malade se refuse à une intervention chirurgicale. Les lavages doivent être faits avec une solution antiseptique faible et *tiède*. Ce traitement est long, parfois insuffisant ; il doit être suivi jusqu'à cessation complète de l'écoulement purulent. Dans la majorité des cas, il faut faire appel à une méthode plus rapide et plus radicale, soit que le traitement précédent n'ait pas amélioré l'état du malade, soit qu'il y ait tendance à l'envahissement des cavités voisines par le processus inflammatoire. Après avoir rappelé les noms de Caldwell, de Spicer et de Luc, l'auteur décrit son procédé de cure radicale.

Opération radicale. — « Après avoir introduit une éponge aseptique à l'entrée du pharynx et une autre entre la joue et les dents du côté malade, afin d'éviter l'introduction du sang dans les voies respiratoires, je fais une incision dans le

sillon gingivo-labial, parallèlement au repli alvéolaire de la mâchoire et s'étendant depuis l'apophyse malaire du maxillaire supérieur jusqu'à la saillie de la canine. Les parties molles et le périoste sont rejetés en haut, et la paroi antérieure du sinus, représentée par la fosse canine, est enlevée au moyen de la gouge et du maillet.

» Une ouverture est faite dans la fosse canine, sa grandeur sera celle d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc ; plus on pourra la faire grande et mieux cela vaudra, mais on fera attention de ne pas blesser le nerf sous-orbitaire.

» La muqueuse malade est ensuite soigneusement et complètement curettée, l'hémorragie spontanée qui pourrait interrompre l'opération sera arrêtée au moyen de tampons de gaze stérilisée. On pourra obtenir rapidement le même effet, si après avoir curetté la plus grande partie de la muqueuse malade, on tasse fortement dans le sinus deux ou trois tampons de gaze stérilisée imbibés d'adrénaline ou de peroxyde d'hydrogène et si on les y maintient pendant trois ou quatre minutes..... Quelle sera la grandeur de la paroi interne du sinus que nous devrons enlever afin d'assurer le drainage facile du sinus par le nez ?

» Les considérations suivantes devront nous servir de guide. Si la muqueuse malade est limitée simplement à la moitié inférieure du sinus et si la région moyenne du méat est saine, il suffira de pratiquer une contre-ouverture à la partie inférieure et antérieure de la paroi qui sépare le nez du sinus..... cette ouverture sera au moins de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, à cause de la grande tendance à la cicatrisation qui caractérise les blessures de cette région.

» Si, d'un autre côté, la totalité de la muqueuse est malade, et si spécialement, on voit dans le milieu du méat, des polypes ou une hypertrophie de la muqueuse, alors on devra enlever toute la paroi interne du sinus ; et, c'est cette modification que j'ai apportée à l'opération ordinaire qui m'a donné mes meilleurs résultats.

Ainsi donc : 1° la moitié inférieure de la paroi a été enlevée afin d'assurer le drainage ; 2° la moitié supérieure a été enlevée afin de détruire cette portion membraneuse de la paroi interne qui est si souvent le point de départ de polypes, et aussi afin de donner accès dans les cellules ethmoïdales et maxillo-ethmoïdales qui sont si fréquemment malades et qui viendront réinfecter le sinus si l'on a négligé d'y toucher. La cavité du sinus est finalement nettoyée à l'aide de tampons de gaze stérilisée imbibés de solution phéniquée (à 1 pour 20) et l'opération est achevée. Il n'est pas utile d'appliquer des tampons, à moins que l'hémorragie ne soit trop abondante ; si l'on a jugé utile de placer un petit tampon de gaze, on doit l'enlever quarante-huit heures après l'opération et ne pas en replacer d'autres. Dans les cas ordinaires, l'opération peut être faite en trente à trente-cinq minutes. »

Par cette méthode l'auteur n'a jamais de déformation ni d'affaissement des joues, ce qui fait tomber une objection importante à la cure radicale, et toutes les interventions pratiquées en se conformant à ces règles ont été couronnées d'un succès complet (34). Suivent quelques considérations sur l'état du sinus, cinq ou six mois après l'intervention, cavité partiellement oblitérée et beaucoup plus petite que le sinus originel. »

(Extrait du *British Journal of Dental Science,* XLVII, n° 863, p. 1 et 864, p. 49.)

H.-Ch. Fournier.



REVUE ANALYTIQUE

Diagnostic différentiel de l'actinomycose et du cancer.

Nous croyons devoir reproduire le tableau ci-dessous qui résume les signes différentiels de l'actinomycose et du cancer, établi par M. Poncet (Acad. de Méd., 22 mars 1904).

Actinomycose.	*Cancer.*
Les malades sont ordinairement des sujets jeunes. L'agent de la contagion, lorsqu'on le retrouve, est un végétal.	La plupart des cancéreux ont dépassé quarante ans. L'étiologie de leur affection est des plus vagues.
L'évolution des lésions n'est pas fatalement progressive. Elle peut être aiguë ou torpide, avec des intervalles possibles de rétrocession ou de guérison apparente.	Les lésions ont un développement nettement progressif, que leur marche soit aiguë ou lente.
L'œdème, l'induration des parties molles s'étendent loin du foyer mycosique, même quand les lésions ne semblent pas en imminence de suppuration, et même quand il n'y a pas de compression des gros vaisseaux.	Les œdèmes sont, ou d'origine infectieuse, par l'inoculation secondaire d'agents microbiens, ou mécaniques par compression, par thrombose.
L'infiltration du parasite dans les plans musculaires et conjonctifs simule une injection coagulante poussée dans ces tissus, qui prennent une consistance scléreuse, en plastron, et deviennent rapidement inextensibles [trismus].	Le sarcome et l'épithéliome s'étendent rarement aussi loin que l'actinomycose par infiltration large de voisinage.
Les ulcérations des téguments ont des bords plutôt décollés qu'indurés. Certaines d'entre elles se cicatrisent, tandis que se font, à leurs côtés, des pertes de substance nouvelles.	Quand le cancer ulcère la peau, il empiète de plus en plus sur les téguments encore sains. Les ulcérations ont des rebords indurés. Elles ne se cicatrisent pas spontanément.
Les adénites sont exceptionnelles, lorsqu'il ne s'est pas fait secondairement d'infection pyogène des foyers parasitaires. C'est surtout cette septicémie secondaire qui altère l'état général, plus que la résorption des toxines mycosiques.	Les adénites, par propagation du cancer aux lymphatiques de la région, sont précoces, même dans les cancers fermés. L'état général est modifié rapidement et profondément (teint jaune paille).

Sans doute ces caractères différentiels n'ont rien d'absolu. Leur groupement s'impose pour qu'ils gardent quelque valeur, et même dans ces conditions, ils peuvent induire en erreur l'observateur le plus avisé.

Galet (**O.**), ***Quelques mots à propos du liséré saturnin et des lésions sanguines dans l'empoisonnement par le plomb.*** (*La Clinique*, 9 avril 1904, p. 281-294.)

L'auteur décrit à nouveau le liséré de Burton, qui signifie *présence* du plomb et non *intoxication*; il indique une saturation de l'organisme par le métal toxique, mais il peut manquer même en présence d'accidents saturnins confirmés ; il n'existerait que dans 60 o/o des cas. Le liséré ne correspond à aucune manifestation viscérale spéciale, mais il coïncide avec la première lésion produite par le plomb, c'est-à-dire avec l'anémie saturnine, anémie caractérisée : *a*) par la diminution du chiffre de l'hémoglobine ; *b*) par des altérations spéciales des globules rouges, *c*) par une modification de la formule leucocytaire (il y a augmentation du nombre des lymphocytes et diminution des polynucléaires). Le liséré de Burton est spécifique de l'intoxication saturnine : il ne faut pas le confondre : 1° avec les *pseudo-lisérés* : teinte cyanotique du bord gingival coïncidant avec stomatite chronique, dépôt tartrique sous-gingival ; 2° avec d'autres *lisérés véritables*, coloration bleuâtre diffuse des gencives chez les personnes ayant été soumises pendant longtemps à un traitement par le nitrate d'argent ; coloration bleu verdâtre chez les ouvriers manipulant le cuivre ; noire chez les intoxiqués par la benzine, etc. — Il est surtout excessivement difficile de différencier cliniquement du liséré saturnin le liséré hydrargyrique ; mais celui-ci est très rare et n'atteint qu'un très petit nombre d'individus employés à la manipulation du mercure, tandis que le liseré de Burton est fréquent, vu les usages multiples du plomb : les intoxications accidentelles y donnent quelquefois lieu.

Guy (**W.**), ***Les rayons X dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire.*** (*Dental Digest*, sept. 1903.)

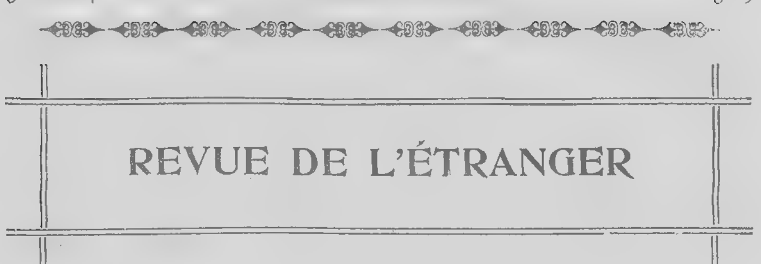
Dans un cas grave de pyorrhée alvéolaire, l'auteur a employé les rayons X comme moyen thérapeutique. Dès la première séance, les bons effets du traitement se firent sentir. Après vingt et une expositions de 3 à 5 minutes, les dents s'étaient consolidées, les gencives étaient devenues dures et fermes ; la sensibilité extrême au froid et à la chaleur dont se plaignait le malade avait disparu ; l'affection était en un mot en voie de guérison.

Papazafiropoulos (**S.**), ***Traitement de la suppuration alvéolo-dentaire.*** (*Progrès dentaire*, mars 1904.)

Après ablation du tartre, fixer les dents au moyen d'un fil de soie ; inciser les alvéoles au-dessous du collet, ce qui donne issue au pus ; lavage et tamponnement des alvéoles à la gaze antiseptique trempée dans une solution de collodion iodoformé à 10 o/o ; badigeonnage des gencives à la teinture d'aconit. Renouvellement des pansements tous les trois jours. Puis cessation de la gaze ; lavages fréquents ; antisepsie complète de la bouche. Guérison parfaite dans 90 o/o des cas, sauf chez les diabétiques.

Carter (**W. M.**), ***La mutilation des dents.*** (*Dominion Dental Journal*, nov. 1903.)

Cette communication est une charge à fond et très justifiée contre les dentistes américains — ou américanisés — qui n'hésitent pas à mutiler des dents saines pour placer des couronnes d'or destinées à supporter un bridge quelconque. L'auteur nous donne deux observations de ce genre de mutilation. Il s'élève contre ces praticiens peu scrupuleux qui, s'occupant moins de l'intérêt de leurs malades, que de leur intérêt particulier, font donner au patient tout ce qu'il peut en lui imposant un appareil dont il aurait pu se passer. Nous ne pouvons que nous associer à la protestation de l'auteur contre ces procédés qui portent une atteinte directe à la dignité de la profession dentaire.



REVUE DE L'ÉTRANGER

Nous empruntons au *Progrès médical belge* du 15 avril dernier l'article suivant de notre excellent confrère L. Quintin. Cet intéressant article traite un sujet qui n'est pas souvent abordé dans notre littérature professionnelle et qui cependant mérite d'attirer l'attention de tous les dentistes. Nous croyons rendre service à nos lecteurs en leur signalant les précautions indispensables à l'hygiène professionnelle, fort bien précisées par notre confrère.

P. M.

L'HYGIÈNE AU CABINET D'OPÉRATIONS

Par M. L. Quintin [1].

De toutes les spécialités médicales, la profession de dentiste est, croyons-nous, la plus fatigante et la plus exposée. Fatigante, par l'espace restreint dans lequel nous devons travailler du matin au soir et par les travaux minutieux auxquels nous nous livrons; exposée, en raison des infections multiples possibles pour nous-mêmes et pour le patient.

Il nous a paru intéressant et utile de nous occuper aujourd'hui de l'hygiène professionnelle du dentiste.

Nous n'avons pas l'intention de traiter cette question d'une facon complète, cette étude serait trop vaste et nous sortirions du cadre que nous nous sommes tracé. Nous nous contenterons de jeter un coup d'œil général sur la façon dont l'hygiène est appliquée dans notre partie, en envisageant d'abord le cabinet d'opérations, puis l'opérateur, enfin le patient.

Le cabinet sera de préférence exposé au nord, de façon à être convenablement éclairé; la capacité de la pièce sera d'environ 15 à 20 mètres cubes, la ventilation sera assurée de manière que l'air puisse être renouvelé plusieurs fois par jour complètement ou continuellement au moyen d'un ventilateur. Nous accordons la préférence à l'aération après le départ de chaque patient; une ou deux minutes suffisent à cette aération.

La question du chauffage doit être particulièrement étudiée. Lorsque le tirage de la cheminée est assuré, on peut utiliser les poêles à feu continu. Les poêles en fonte ou en tôle non garnis de briques réfractaires seront peu utilisés en raison de la facilité avec laquelle l'oxyde de carbone diffuse à travers les parois. Le chauffage au gaz avec dégagement des produits de combustion et le chauffage à la vapeur sont les meilleurs à conseiller, la facilité du réglage les recommande.

La température optima sera supérieure à 15 degrés en raison du peu de mouvement que l'on se donne pendant les opérations dentaires; toutefois, il n'est pas bon de dépasser 20° c.

1. Publié par le *Progrès Médical Belge*, n° 8, 15 avril 1904, page 112.

Si l'on voulait être absolument strict au point de vue scientifique, les cabinets d'opérations devraient ressembler aux salles de chirurgiens. Mais, outre l'impression froide et pénible reçue par les patients, cela n'est pas absolument nécessaire. Néanmoins, nous écarterons autant que faire se peut les nids à microbes en supprimant les étoffes, tentures, tapis, rideaux et surtout la peluche des fauteuils.

Le nettoyage journalier du cabinet d'opérations sera aussi soigné qu'il est possible; une pratique assez admise à l'étranger, et qui l'est peu chez nous, est particulièrement recommandable : c'est le nettoyage hebdomadaire qui est fait à fond, en se servant pour cela de linges humectés d'un antiseptique, tels que le sublimé, la formaline, l'hermitine, etc.

*
* *

Les grandes infections contre lesquelles l'opérateur doit se prémunir sont la syphilis, la tuberculose et la septicémie. Il n'y a pas de mesure spéciale à prendre vis-à-vis de chacune d'elles. Les précautions antiseptiques habituelles, consistant dans la désinfection parfaite des instruments et des mains de l'opérateur, seront l'objet d'une attention toute spéciale. Toute blessure, éraflure, au cours d'une opération sera immédiatement désinfectée. Depuis quelque temps nous avons recours dans ces cas à l'emploi du formol. Son application produit une douleur assez vive, mais, outre son action antiseptique, le formol cautérise, cornifie en quelque sorte la plaie, et, sitôt la sensation de brûlure passée, nous faisons une application de collodion. Ces petites blessures se guérissent ainsi très rapidement par dessiccation des tissus. Il va sans dire que pour les plaies plus importantes nous recourons à une solution beaucoup plus diluée ou au sublimé tiède à 1 p. 1000.

Nous attachons une très grande importance à la désinfection des replis sous et péri-unguéaux.

Une pratique dont nous nous trouvons bien et que bien des confrères allemands m'ont dit employer également, c'est la toilette de la bouche et du pharynx au moyen d'un élixir dentifrice antiseptique, deux ou trois fois par jour. Certains vont même jusqu'à faire la toilette des fosses nasales; dans ce but, ils ont recours aux inhalations de menthol.

Lorsque nous procédons à l'ablation du tartre, nous ne devrions jamais oublier de porter des pince-nez, destinés à protéger le globe oculaire contre la projection de ces particules infectées. La fermeture rapide des yeux au moment où l'instrument va détacher une parcelle de tartre n'est pas toujours une précaution suffisante, attendu que les cils peuvent recueillir très bien ce qui était destiné à l'œil même.

Dans presque toutes nos opérations nous travaillons à sec ; il serait préférable, lors de l'enlèvement du tartre, de mettre en pratique ce que le chirurgien fait : conserver les instruments dans un liquide antiseptique tiède; outre que les pointes à nettoyer seraient rapidement propres, le bout des doigts sali de sang et de salive pourrait de même en être facilement débarrassé.

Il arrive souvent que nous sommes obligés de faire un nettoyage minutieux, parce que notre client doit suivre un traitement mercuriel antisyphilitique. On ne saurait prendre trop de précautions antiseptiques en pareil cas. Nous ne pouvons que louer un client qui est assez correct pour nous mettre au courant de sa situation pathologique, mais il n'en est pas de même du patient inconscient ou retors qui, sous divers prétextes, ne nous éclaire pas au préalable sur son cas. Le dentiste peut quelquefois être d'une indiscrétion impardonnable en cherchant à se rendre compte si tel ou tel client est avarié ou non. C'est son droit, c'est vrai, mais il peut quelquefois se tromper. Et voici comment un vieux confrère ami avait tourné la question. Dans son salon d'attente se trouve un règlement ou une

petite note, engageant le client se sachant atteint de maladie contagieuse (le client comprend ce que cela veut dire) à en avertir le praticien et ce dans un but d'intérêt commun. « Voilà nombre d'années, me disait-il, que je le fais et je m'en trouve très bien. »

Si les yeux doivent être protégés contre les corps étrangers, ils doivent l'être aussi contre d'autres causes extérieures. Un éclairage trop violent, ou insuffisant, ou bien le travail prolongé avec une lumière artificielle peuvent occasionner des troubles oculaires et même des troubles cérébraux. Si l'on soupçonne la moindre difformité du côté des yeux, il est bon et toujours prudent de s'adresser à un oculiste, qui, seul, pourra donner d'utiles conseils. Les travaux méticuleux, tels que le nettoyage des canaux radiculaires, les aurifications, les reconstitutions en or, la préparation et la confection des inlays, ne seront pas trop multipliés au cours de la journée. Le mieux est de savoir combiner ses rendez-vous de façon à varier les divers genres de travaux à exécuter. Evitons les « mouches volantes » par des travaux trop prolongés et trop méticuleux.

Par la position que nous devons prendre au cours des différentes manœuvres opératoires, nous sommes exposés à respirer un air vicié provenant lui-même en grande partie des poumons du client. Il s'ensuit que nous n'inspirons pas suffisamment d'oxygène et que nous inspirons trop d'acide carbonique; de plus, nous ne pouvons sûrement pas écarter des germes de maladies, tels que ceux de la tuberculose, de la pneumonie, de l'influenza, etc.

Dans un but louable, nous pouvons nous astreindre à ne pas respirer lorsque nous dominons le patient, mais alors la gymnastique pulmonaire n'est plus régulière, notre acide carbonique ne s'élimine pas assez rapidement et nous sommes ainsi exposés à d'autres troubles respiratoires.

Comment éviter l'un et l'autre écueil. Tout d'abord en exigeant sérieusement du client une toilette complète préalable de la bouche et en entretenant celle-ci dans un état antiseptique suffisant au cours des opérations; nous y reviendrons tout à l'heure. Ensuite en s'exerçant à faire d'une façon dissimulée quelques bonnes inspirations avec la tête détournée de sa position d'observation.

On a souvent agité la question de l'intoxication mercurielle dans la trituration des amalgames. Il ne faut pas tomber dans l'exagération, mais il est bon, toutefois d'agir prudemment. On peut parfaitement, dans cette préparation, se servir de mortier, de peau de chamois ou bien de feuilles de caoutchouc, et éviter ainsi tout contact de la peau avec le mercure.

La question du port du vêtement a été aussi très discutée ; nos confrères américains et bon nombre du continent ont adopté le veston ou la blouse de toile. Cette manière de faire tend à se généraliser de plus en plus, et d'ici quelques années, le public sera habitué à voir son dentiste se présenter dans cet habillement simple et propre.

En raison de son travail absorbant, dans un air le plus souvent confiné, et par les positions requises pour les différentes opérations, le dentiste est souvent exposé aux dérangements du tube digestif, et pour peu qu'il se livre à des travaux intellectuels, tout l'organisme pourra s'en ressentir, la congestion le guette et tôt ou tard ses coups se feront sentir. Afin d'éviter ces accidents, il est bon que le dentiste se livre à certains exercices de gymnastique; l'escrime, la natation sont particulièrement conseillés. Les promenades à la campagne reposent aussi très bien les yeux et le cerveau. L'hygiène alimentaire sera surtout strictement observée; la mauvaise habitude de manger trop vite et de se remettre au travail aussitôt le repas terminé sera sérieusement combattue.

*
* *

Voyons maintenant ce que nous devons réclamer du patient. Une règle absolument stricte et qui devrait être mise en pratique par tous les dentistes sou-

cieux de leur art, c'est d'exiger la toilette préalable de la bouche : non pas le lavage ni le brossage des bords des incisives, mais le brossage consciencieux et méthodique des moindres recoins de la bouche : espaces interdentaires, bords gingivaux, surfaces triturantes, vestibules gingivo-jugaux et face supérieure de la langue.

Comment admettre, en effet, que l'on puisse obturer une dent scientifiquement si le milieu dans lequel on doit opérer est presque une culture pure de microbes. Que dirait-on du médecin qui vaccinerait sans avoir au préalable procédé à la toilette du lieu d'inoculation? Outre que le client expose le dentiste lui-même à l'infection, il compromet gravement le succès de l'obturation de sa dent, s'il ne se soumet pas à cette simple règle d'hygiène et de politesse. Au cours même des opérations, nous conseillons le lavage fréquent de la bouche au moyen de dentifrices antiseptiques. Nous recommandons tout particulièrement l'hermitine dans le cas de bouches mal odorantes. L'emploi de ce curieux antiseptique produit un effet vraiment instantané.

Si nous exigeons du client cette observation d'une règle d'hygiène élémentaire quand nous obturons, à plus forte raison devons-nous être plus rigoureux au moment d'une extraction. Nous conseillons aux confrères de procéder eux-mêmes au nettoyage du cul-de-sac gingival au moyen d'alcool thymolé ou de chloroforme.

On nous objectera que cette facon de procéder est très facile avec la clientèle aisée, mais avec la clientèle ouvrière et pauvre, ce n'est pas possible. A cela, nous répondrons que nous avons imposé la toilette préalable de la bouche à toutes les personnes qui se présentent à notre consultation le matin à la clinique Sainte-Anne et il nous arrive bien rarement de renvoyer un patient; nous refusons systématiquement de travailler dans une bouche mal soignée. Voilà plusieurs années que nous suivons cette ligne de conduite et nous n'avons qu'à nous en louer.

Il nous reste à dire un mot des injections anesthésiques.

Il est bon de rappeler que la région à injecter sera au préalable irriguée et lavée au moyen d'un antiseptique, et que les différentes parties de la seringue seront facilement stérilisées. Quant aux solutions employées, il est préférable de les fabriquer extemporanément pour les avoir toujours fraîches et proscrire les préparations dont on ne connaît exactement ni la teneur ni la date de fabrication.

Toutes ces réflexions nous ont été suggérées par la mort de quelques confrères. La rubrique « nécrologie » n'attire pas suffisamment notre attention ; l'émotion du premier moment passée, c'est tout. Nous croyons avoir été utile à la profession en cherchant à étudier les causes générales qui nous occasionnent la perte de praticiens souvent distingués.





Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année scolaire 1903-1904

SESSION D'EXAMENS

POUR LE

DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, le 4 juillet 1904.

I. — **Conditions d'admission.** — Sont seuls admis à se présenter à cette session :

1° *Pour les trois examens*, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ; les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893 ;

2° *Pour les deux derniers examens*, les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889 ;

3° *Pour le deuxième examen*, les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893.

II. — **Pièces à produire.** — Les candidats produiront les pièces suivantes :

Un extrait authentique de leur acte de naissance, et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce ;

Un extrait de leur casier judiciaire ;

Et, suivant le cas :

Un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ou antérieurement au 1er janvier 1889 ;

Un certificat constatant qu'ils sont français ;

Le diplôme qu'ils ont obtenu devant une école d'enseignement dentaire de France, antérieurement au 1er novembre 1893 :

A ces pièces, les candidats élèves des écoles dentaires visés au paragraphe 1er de cette affiche devront joindre :

1° Soit *un diplôme de bachelier*, soit *le certificat d'études prévu par le décret du* 30 *juillet* 1886, *modifié par le décret du* 25 *juillet* 1893, soit *le certificat d'études primaires supérieures ;*

2° *Un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des écoles dentaires, des études complètes et régulières.* A ce certificat sera joint *un extrait des registres de l'école indiquant les dates d'entrée, d'inscriptions, etc. ;*

3° *Un certificat individuel délivré par M. le Directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.*

III. — **Consignations**. — Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, les lundi 27 et mardi 28 juin 1904.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 14 février 1894 (30 fr. pour chaque examen, 20 fr. pour chaque certificat d'aptitude et 100 fr. pour le diplôme).

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme, selon les cas.

Les examens auront lieu à partir du 4 juillet 1904.

Paris, 16 mai 1904.

Le Doyen de la Faculté,
M. DEBOVE.

CONGRÈS ANNUEL DE L'AMERICAN DENTAL SOCIETY OF EUROPE

La réunion annuelle (la 35ᵉ) de cette société a eu lieu à Pâques à Hambourg.

L'allocution de bienvenue par le président, le Dʳ Louis Mitchell, de Londres, fut acclamée chaleureusement par environ 60 membres venus de toutes les capitales de l'Europe. Paris était représenté par les Dʳˢ Younger, Crane, Daboll et Hirschfeld.

Le programme de la réunion comportait des communications, pour la plupart originales et intéressantes. Une lettre d'un membre honoraire, habitant actuellement l'Amérique et lue au début des séances par le président, a fort bien caractérisé la session de cette année.

En substance cette lettre dit :

« En jetant un coup d'œil sur notre programme, je constate avec plaisir que les efforts des praticiens modernes se portent sur trois points essentiels :

a) Amélioration de l'orthodontie.

b) Amélioration sous le rapport d'une obturation idéale (porcelaine).

c) Recherches pour trouver le moyen de faire l'obturation sans souffrance.

Donc, ces trois points devraient faire l'objet de recherches approfondies pour la génération actuelle de dentistes. »

Toutes les communications annoncées sur le programme visaient un des trois points ci-dessus.

La séance a débuté par la communication du Dʳ Frank Day : préparation de certaines cavités pour l'obturation de porcelaine.

Ce travail avait trait à une idée, certes très originale, très intelligente. Mais disons tout de suite que son exécution pratique a paru aux membres de la Société un peu compliquée.

Par un hasard inattendu il s'est trouvé que la seconde communication du programme comportait en partie le même sujet : *Insuccès avec les obturations de porcelaines.*

Etant donné que cet essai avait pour auteur le signataire de ces lignes, il m'est impossible d'en parler en détail. L'auteur a essayé de préciser nettement tous les éléments indispensables au succès de cette spécialité. Si ce travail n'eut pas d'autre mérite, du moins, a-t-il soulevé une longue et intéressante discussion, à laquelle ont pris part notamment le professeur Sachs, de Berlin (la plus grande autorité en Allemagne pour l'aurification), le Dʳ Kirk Davenport, de Londres (très estimé pour ses travaux en porcelaine), et le Dʳ Jenkins, lui-même. Les critiques de ce maître ont soulevé les applaudissements répétés de l'auditoire.

La séance du lendemain a débuté par une étude sur les porcelaines à haute fusion à l'usage des travaux à pont, faite par son auteur, le Dr Jenkins. D'après les spécimens soumis à l'examen de la Société, ces matières promettent beaucoup pour améliorer l'aspect des bridges. Il est évident que ces porcelaines rendront de grands services à l'art spécial. Le Dr Jenkins reconnaît du reste que ces matières ne sont pas encore à point et demandent encore quelques améliorations avant de pouvoir être livrées à la profession.

Ensuite nous avons eu une étude sur la nervocidine, faite par le Dr Aguilar de Madrid.

Il est fâcheux que ce produit comporte un grand danger : celui qui ne voudrait l'employer que pour combattre la sensibilité de la dentine risque fort la destruction de la pulpe. En effet, d'après l'expérience faite par le professeur Sachs (de Berlin), il faut se méfier de l'emploi de ce médicament. Tout au plus devrait-on l'employer comme succédané de l'arsenic, et alors son but serait manqué. Bref, malgré l'affirmation du Dr Aguilar d'avoir avec ce remède un excellent moyen de réduire la sensibilité de la dentine, il y a lieu de l'écarter pour cet usage.

Le Dr Mac Bride, qui du reste se trouve être le collaborateur du Dr Jenkins, nous a lu ensuite un excellent essai sur le redressement du prognathisme et l'écartement des arcades dentaires. L'auteur reconnaît loyalement s'être inspiré des idées émises par le Dr Baker, de Chicago, mais néanmoins, son étude a paru comporter quelques idées personnelles.

Il est impossible de décrire en détail un travail aussi profond, mais d'après les modèles exposés il a paru évident que le système préconisé par l'auteur était une amélioration sensible sur le vieux système avec le ressort Coffin. Cette communication a vivement intéressé tous.

Le Dr M. Mitchell, de Londres, a lu un appel émouvant à la profession de prendre en sérieuse considération l'étude manuelle de la dentisterie de laboratoire.

Cet appel a paru faire une impression sincère sur les membres de la réunion. Et en effet on doit reconnaître que la connaissance approfondie de la manipulation pratique de la prothèse dentaire fait la base d'un opérateur habile.

Notre vieil ami le Dr Cunningham a présenté un travail fort intéressant sur la théorie du travail à pont. C'est une étude très scientifique, peut-être un peu trop abstraite pour être employée avec profit dans la pratique quotidienne.

Le Dr Rosenthal, de Bruxelles, a lu un essai sur l'injection du dioxygène dans les abcès dentaires ; il a présenté également un bon travail sur le redressement.

Voilà à peu près tout ce que cette réunion a produit en fait de communications scientifiques ou pratiques.

Le rôle hospitalier fut largement satisfait par les efforts du comité local (les Drs Griswould, Haseldon et Floris). Le Dr Haseldon notamment mérite une mention spéciale pour un concert instrumental fort

intéressant, organisé et dirigé par lui-même, où il a révélé un talent sérieux de compositeur. Un grand banquet a clôturé la réunion ; les Drs Daboll, Crane, Mitchell, Haseldon, Jenkins, nous ont littéralement charmés par leur talent oratoire.

La prochaine réunion (Pâques 1905) se tiendra à Genève sous la présidence du Dr Foerster, de Berlin.

W. Hirschfeld.

(Voir la suite page 532)

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

THÉRAPEUTIQUE DE LA BOUCHE ET DES DENTS, HYGIÈNE DE LA BOUCHE ET ANESTHÉSIE DENTAIRE

Par le Dr MAURICE ROY,

Professeur de thérapeutique dentaire, à l'Ecole dentaire de Paris.
2e édition, 1 vol.

Ce volume fait partie de la série éditée sous la direction du Dr Ch. Godon, sous la dénomination générale de *Manuel du Chirurgien-dentiste.*

Malgré le nombre relativement restreint des dentistes en France, ce livre en est à sa deuxième édition, ce qui prouve sa grande utilité.

Les matières si diverses qu'il contient, en son format si réduit — trop réduit même, à mon sens — sont d'application journalière ; aussi ont-elles une réelle importance, non seulement pour l'étudiant, à qui elles s'imposent, en vue de ses examens ; mais encore pour le praticien en exercice, qui peut avoir besoin de se retremper rapidement, de temps à autre, sur des sujets aussi scientifiques et qu'il doit parfaitement connaître à tous les moments de sa vie professionnelle.

Le plan suivi par M. Roy est resté le même que dans la première édition. Son livre comprend trois parties : la thérapeutique, l'hygiène de la bouche et l'anesthésie.

Chacun de ces sujets est traité avec une méthode et une clarté qui en rendent l'assimilation des plus faciles.

En l'espace de sept années écoulées depuis la première édition, la thérapeutique de la bouche et des dents s'est enrichie de nouveaux médicaments, et l'anesthésie générale elle-même, si longtemps stationnaire et comme confinée dans cette trinité : l'éther, le chloroforme et le protoxyde d'azote, a bénéficié de nouveaux modes d'administration diminuant les causes de danger, et s'est annexé des agents nouveaux appelés, semble-t-il, à un grand avenir.

L'auteur a écrit à leur sujet de très intéressants articles, et c'est ainsi que le chlorure d'éthyle et le somnoforme sont présentés, pour la première fois dans un ouvrage classique, dans la série des anesthésiques généraux.

D'autres produits, tels le formol, l'eau oxygénée, l'antipyrine, l'acide arsénique ont été ajoutés aux médicaments des catégories auxquelles ils se rattachent, à cause de leur usage de plus en plus répandu.

La chaleur comme antiseptique, la cocaïne comme modératrice du système nerveux, de même que l'antipyrine, sont l'objet d'une étude très complète.

Certains sujets ont été remaniés et augmentés, en raison des nécessités actuelles ; ce sont, parmi les principaux : l'abcès alvéolaire, les extractions, les accidents de la dentition, la carie dentaire, les émaux fusibles, etc.

Enfin, une place convenable a été réservée à l'adrénaline, employée dans l'hémorrhagie, l'avulsion dentaire et la destruction de la pulpe.

Toutefois, le titre du livre de M. Roy ne correspond pas absolument à son contenu ; le volume tient plus qu'il ne promet, si l'on s'en rapporte au titre et l'on ne saurait s'en plaindre. Toutefois, la thérapeutique de la bouche et des dents, qui semble et devrait être l'objet principal de l'ouvrage, est décrite en 32 pages et se trouve forcément trop écourtée et comme sacrifiée à la thérapeutique générale, à laquelle il a été réservé 170 pages.

Cette adjonction si importante provient de ce que l'auteur a tenu à réunir dans son volume toutes les matières éxigées au second examen de chirurgien-dentiste, sous cette rubrique : *Eléments de thérapeutique, médicaments, anesthésiques*, et j'eusse préféré qu'il donnât ce titre à son livre.

Pour finir, je demanderai à l'auteur s'il ne pense pas qu'il y aurait eu le plus grand avantage pour tout le monde à ce que son volume fût dédoublé, afin que la thérapeutique spéciale de la bouche et des dents reçût une place proportionnée à son importance.

J. D'ARGENT.



Dr PICHLER

On annonce la mort du Dr Jean Pichler, chirurgien-dentiste à Vienne (Autriche), survenue le 9 mai 1904 à l'âge de 70 ans.

Le Dr Pichler avait été président du Comité national autrichien formé à l'occasion du Congrès dentaire international de 1900.

Ses funérailles ont eu lieu le 11 mai.

Il avait été nommé membre du Conseil exécutif de la Fédération dentaire internationale lors de sa création en 1900 ; mais l'état de sa santé ne lui permettant pas de se déplacer et de prendre part aux travaux de ce conseil, il y avait été remplacé, par le Dr Frank, de Vienne, à la session de Londres-Cambridge, en 1901.

Nous adressons à la famille du Dr Pichler l'expression de nos regrets.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an, } **dans 24 numéros.**
Lignes en sus : 10 fr. la ligne }

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie,* à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*École Dentaire,* 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Amalgame Fellowship.
L'Or Universel.
Ciment Vilcox.
} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.

OPALINE, MEUBLES ASEPTIQUES.

L. Deglain, 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

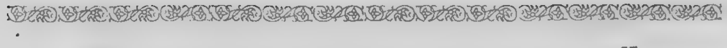
Anestile. **Dr Bengué,** 47, rue Blanche, PARIS.
Hypnoforme (chlorure d'Ethyle spécial).
Chloroforme, chimiquement pur.
} Chevretin et Lematte, 24, rue Caumartin. TÉLÉPHONE 245.56.
Anesthésique local du Dr R. B. Waite.
Somnoforme.
} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214.47.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Adrénaline Clin. **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.
Ampoules MOREAU pour l'***Art dentaire*** (*cocaïne, tropacocaïne,* etc.). Paris, 5, Rond-Point de Longchamp, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Société coopérative.
Formyl-Géranium.
Obtunda, insensibilisation de la dentine.
Renalia, adrénaline.
Xyléna. Liquide antiseptique.
} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.

PROTHÈSE A FAÇON.

Blau, frères, 100, rue des Dames, PARIS.
Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). TÉLÉPHONE 550.73.
Charles Mille, 15, rue du Four, PARIS-6e.
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.





Société d'Odontologie de Paris.

Programme de la réunion du mardi 7 juin 1904.

1° De la « Frette » (décortication) pratique du collet des racines en vue de leur coiffage métallique : présentation d'un instrument fretteur nouveau, par M. Touvet-Fanton ;

2° Observation d'un accident de dent de sagesse, par M. A. Squillante ;

3° Discussion des communications de MM. Sauvez et Friteau sur les avantages de l'anesthésie locale et générale dans les extractions dentaires.

Cette réunion se constituera en assemblée générale extraordinaire pour modifier, comme il suit, l'article XIII des statuts, qui concerne la date de l'assemblée générale annuelle :

« Tous les ans, *dans la dernière semaine d'octobre*, le secrétaire général fait, au nom du bureau, un rapport sur sa gestion et sur l'ensemble des travaux de l'année écoulée. »

L'ancien article portait : « Tous les ans, à la séance de juillet..... »

E. F.

Souscription Lecaudey.

Nous publierons dans notre prochain numéro la liste des souscriptions reçues ; leur nombre est déjà important et il témoigne de la fidélité qu'ont fidèlement conservée tous les dentistes à la mémoire du regretté Lecaudey.

Société coopérative des dentistes de France.

Le Conseil d'administration a l'honneur d'informer Messieurs les actionnaires qu'ils recevront avant le 8 juin les récépissés afférents aux versements effectués par eux et correspondant au deuxième et troisième appel du capital social.

Une assemblée générale des sociétaires aura lieu dans le courant du mois de juin pour approbation des comptes du deuxième semestre 1903 et troisième répartition de bénéfices.

Rappelons que toutes demandes d'actions ou de renseignements doivent être adressées au Président du Conseil d'administration, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris-IX°.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »)..

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

Cabinets offerts.

1 **A vendre**, pour *cause de santé*, **CABINET DENTAIRE** fondé depuis 24 ans, dans une *Ville importante* de la **Banlieue de Paris**. — **OCCASION AVANTAGEUSE**.— S'adresser pour renseignements à MM. Reymond frères, 22, rue Le Peletier, à Paris. **(47-3)**

2 **Paris**, *Proximité grands boulevards* **CABINET TRÈS ANCIEN**, *même titulaire depuis 15 ans.* — Loyer et contributions 4.000, ascenseur, bel appartement. Rapport 50.000. — Prix 60.000, moitié comptant. On resterait avec le successeur 6 mois ou davantage, s'il le désire. — S'adresser à MM. *Breitel et Goret*, 1, rue Dante, Paris (5e arrond.) **(48-3)**

3 **ALGÉRIE**. **Grande ville CABINET** à **CÉDER** pour *cause de mariage* en *France* — Affaires 25.000.— Prix 25.000, grandes *facilités de paiement* à acquéreur solvable. **Très urgent**. — S'adresser à MM. *Breitel et Goret*, 1, rue Dante, Paris (5e arr.). **(49-3)**

4 **EST (Grande Ville)**. — **A CEDER Cabinet fondé en 1875**. — Affaire 30.000. Loyer 1.250.— Prix 24.000 dont *moitié comptant*, le reste payable 3.000 fr. par an. — On reste avec le successeur tout le temps nécessaire pour le mettre au courant. — S'adresser à MM. *Breitel et Goret*, 1, rue Dante, à Paris (5e arr.). **(50-3)**

5 Dans **très grande ville** du *Sud-Ouest*, **A VENDRE CABINET** faisant 30.000 fr. *clientèle très fidèle, peu de frais*, **belle situation** pour *jeune diplômé*. Ecrire à M. Chosson, 10, rue Sorbier à St-Etienne (Loire). **(52-1)**

6 *OCCASION EXCEPTIONNELLE*. — *Pour raisons de famille*, on céderait *CABINET DENTAIRE*. 16.000 francs d'affaires, *belle installation*, dans *grande ville* près Paris. Prix demandé 10.000 francs comptant ou 15.000 moitié comptant. — Ecrire *par poste* aux initiales G. A. E., aux soins de l'administration du journal. **(53-2)**

7 **A CÉDER Cabinet** *très bien situé* sur une **grande v le** du XIe arrondissement. Moyenne des 3 dernières années 45 000 francs. Frais généraux 3.000 francs. **Conditions avantageuses**. — Ecrire *par poste* à P. P. V., aux soins de M. Martinier, 10, rue Richelieu. **(54-2)**

8 **Chirurgien-Dentiste**, ayant clientèle de vingt années, augmentant sans cesse, demande pour être associé un jeune Chirurgien-Dentiste ou un jeune docteur disposant d'une vingtaine de mille francs environ. — Ecrire par poste aux initiales G. V. R., aux soins de l'administration du journal. **55-1**

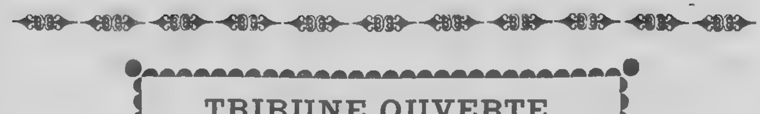
Emplois offerts.

9 **On demande** un **OPÉRATEUR** *diplômé de la Faculté* et *connaissant la prothèse*, avec d'**excellentes références**, pour **GERER** cabinet de province. Pourrait au besoin prendre la suite de ce cabinet. Envoyer si possible photographie. -Ecrire *par poste* aux initiales H. F. 22, aux soins de l'administration du journal. **(42-4)**

10 **On demande** un **OPÉRATEUR EXPÉRIMENTÉ**, connaissant spécialement l'aurification. — Ecrire *par poste* aux initiale P. P. B., aux soins de l'administration du journal. **(43-4)**

11 **A LOUER** à partir du 1er novembre prochain et pour **deux années** consécutives, au prix de 100 fr., par mois, **CABINET DENTAIRE** *très bien situé* aux *environs de Paris* (10 minutes de chemin de fer), y compris appartement tout meublé très confortablement. Conviendrait à **jeune diplômé** qui jouirait là d'une *situation indépendante supérieure* aux plus belles places d'opérateur. — Ecrire *par poste* aux initiales A. Z B., aux soins de l'administration du journal. **(44-4)**

(Voir la suite page 536.)



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons, tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 000. — *La veuve d'un dentiste a-t-elle le droit de continuer à exploiter le cabinet de son mari à son nom, en s'attachant un opérateur diplômé, et d'en aviser ainsi la clientèle par voie des journaux ?*

K. I.

☞ *Réponse.* — Si le mariage est postérieur à la loi de 1892 la veuve d'un dentiste n'a pas le droit d'exercer ni de faire gérer le cabinet par un opérateur. Celui-ci exercerait sous un pseudonyme et l'art. 18 qui fixe les pénalités d'exercice illégal lui est applicable. Si au contraire les deux époux étaient mariés antérieurement à la loi de 1892, la femme pouvant être considérée comme ayant exercé avec son mari les droits à la patente du mari lui sont maintenus et elle peut exercer comme *tout patenté.*

E. B.

COMPTES RENDUS DU 3e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision** ; aussi a-t-il été nécessaire de faire un 4e VOLUME, qui est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes ; il vient d'être envoyé à tous les souscripteurs.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître IMMÉDIATEMENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

Emplois demandés.

12 **OPÉRATEUR très sérieux**, 35 ans, demande **GÉRANCE** d'un **Cabinet** avec au besoin *promesse d'achat*; **Paris** ou **Province**. — Ecrire *par poste* H. 158. C., aux soins de l'administration du journal.

(**38-3**)

13 ***DENTISTE ÉTRANGER***, 40 ans, ***diplômé en Amérique*** (M. D., D. D S.) en ***Belgique*** et ***Hollande***, parlant *français, allemand* et *anglais*, connaissant à fond toutes les branches de sa profession, *ayant possédé Cabinet important*, demande ***PLACE D'OPERATEUR GERANT***, etc., à l'étranger. — Ecrire *par poste* aux initiales F. W., aux soins de l'administration du journal.

(**41-4**)

14 **Jeune homme, 17 ans**, sortant d'*apprentissage*, désire une **place de mécanicien** à Paris : *nourri, couché* et *petits appointements*. — Ecrire *par poste* aux initiales O. E., aux soins de l'administration du journal.

(**46-4**)

15 ***MÉCANICIEN DENTISTE***, 23 ans, ayant 5 ans de pratique, parlant *italien* et *allemand*, ***demande place***, *prétentions modestes*. — Ecrire *par poste* aux initiales E. R., aux soins de l'administration du journal.

(**51-3**)

Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

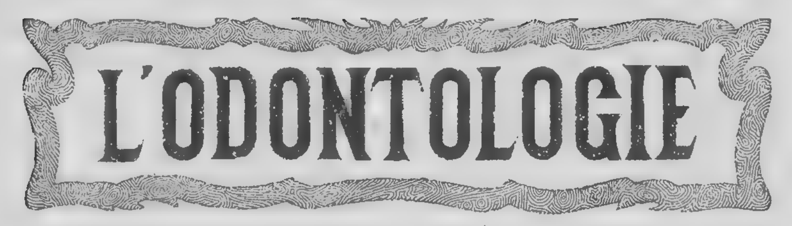
La plupart du temps les confrères qui usent de nos « DEMANDES ET OFFRES » *désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée :* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur*, sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.

24e ANNÉE. N° 11 15 JUIN 1904 VOL. XXXI



L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

NOUVELLE VISITE OFFICIELLE

L'École dentaire de Paris recueille en ce moment le fruit de ses efforts persistants et de sa confiance inébranlable dans l'avenir. Il s'est à peine écoulé un mois depuis que M. le doyen de la Faculté de médecine est venu inaugurer ses agrandissements et visiter ses locaux en compagnie de M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, et, déjà le 20 mai, une nouvelle visite officielle a eu lieu, d'un caractère un peu différent, celle-là.

Cette fois, c'est avec quelques-uns des membres les plus autorisés du Conseil de surveillance de cette administration que M. Mesureur est revenu à l'École. Frappé de ce qu'il avait vu le mois dernier, il désirait se rendre compte, à nouveau, du rôle philanthropique de l'institution et appeler l'attention des membres de ce Conseil sur un établissement susceptible d'apporter une collaboration précieuse à l'œuvre d'assistance qu'il dirige avec tant de compétence et de dévouement et sur le parti qu'il pourrait en tirer comme auxiliaire ou annexe des services dentaires hospitaliers. Aussi était-il accompagné de M. Voisin, président, du Dr Faisans et de M. Worms, membres du dit Conseil, et de M. Tilloy, secrétaire général de l'Assistance publique, qui tenaient à voir fonctionner un dispensaire assurant

actuellement à 42.670 indigents par an les soins les plus judicieux et les plus modernes pour les affections buccales et dentaires.

C'est que les soins que reçoivent les patients dans les services dentaires hospitaliers créés par l'Assistance publique de Paris ne donnent pas et ne peuvent pas donner les résultats attendus par le Conseil de surveillance ; ils consistent uniquement dans les opérations urgentes — l'extraction le plus souvent — et le traitement conservateur n'y est appliqué que tout à fait exceptionnellement. Leur installation matérielle, leur aménagement, le nombre relativement élevé de malades qui les fréquentent, rendent impossible, en effet, la mise en pratique des méthodes spéciales à chaque cas que comporte à présent la dentisterie. Cependant, l'Assistance publique voudrait que les malades pauvres qui s'adressent à elle fussent soignés tout comme les malades riches et qu'ils eussent leur part des progrès immenses réalisés depuis vingt ans par l'Odontologie. Elle trouve déplorable que le pourcentage des interventions sanglantes dans la région gingivo-dentaire soit à peu près aussi élevé qu'il y a trente ans et que l'extraction de la dent malade soit le seul traitement appliqué quatre-vingt-dix fois sur cent.

C'est pourquoi les hommes placés à la tête de cette Administration ont cru devoir se rendre, sur l'initiative prise par son directeur, à l'invitation des administrateurs de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris, qui tenaient à leur montrer la façon dont sont soignées les affections des dents aux cliniques de la rue de La Tour-d'Auvergne.

Ainsi qu'on pourra s'en rendre compte par l'allocution prononcée par le directeur de l'École et par les réponses de MM. Mesureur et Voisin, une importante question a été agitée à la suite de cette visite. M. Godon a, en effet, offert la collaboration désintéressée de l'École dentaire de Paris, reconnue d'utilité publique, à l'œuvre d'assistance dont M. Mesureur a la charge, en faisant de cette École une annexe des services dentaires des hôpitaux.

Cette adjonction permettrait, sans qu'il en coûtât un cen-

time à l'État ou à la ville de Paris, de donner aux pauvres, en outre des soins d'urgence qu'ils trouvent actuellement dans les hôpitaux, les traitements complets que comportent la chirurgie dentaire liée à l'anesthésie, la dentisterie opératoire, l'orthodontie, la prothèse dentaire et les restaurations bucco-faciales. L'adoption de ce projet aurait donc pour résultat d'ajouter à la *dentisterie d'urgence* qui existe déjà dans les hôpitaux la *dentisterie complète* telle qu'elle existe à l'École dentaire de Paris.

C'est certainement une heureuse idée que celle de confier à un établissement organisé et outillé comme l'École dentaire de Paris tous les traitements qui exigent une intervention longue, minutieuse et méthodique, dont le but ultime est le rétablissement intégral de la fonction physiologique de l'organe lésé.

Cette idée est en voie de réalisation : M. le directeur de l'Assistance publique s'en est déclaré partisan dans l'intérêt des malades des hôpitaux ; M. le président du Conseil de surveillance, qui a tout examiné, à l'École dentaire de Paris, avec la plus scrupuleuse attention, a ajouté que la direction pouvait, à cet égard, compter sur son appui, car la pensée qui la fait agir est bien humanitaire, les pauvres ayant droit aux mêmes soulagements que les riches.

Souhaitons que cette offre et que les réponses qui y ont été faites ne demeurent pas lettre morte : la population nécessiteuse de la capitale en serait la première bénéficiaire. Ce ne serait d'ailleurs pas là le seul avantage à en tirer, car cette extension de l'action de l'École dentaire de Paris aurait pour conséquence la diffusion dans les classes pauvres des principes d'hygiène buccale, qui y sont si méconnus ; elle ferait l'éducation de la masse par la vulgarisation des soins rationnels. Cette éducation donnerait, à notre avis, à la dentisterie française un vigoureux et puissant essor. Les indigents conserveraient ainsi leur dentition au complet, au grand profit de leur santé générale.

Peut-être aussi cette sorte d'investiture officielle donnée à l'École dentaire de Paris aurait-elle pour effet de mettre

fin à l'antagonisme fâcheux qui existe dans certains milieux entre les docteurs-dentistes et les chirurgiens-dentistes. En se connaissant mieux, on arrive à mieux s'apprécier. Peut-être aussi que l'union tant souhaitée entre les divers éléments de la profession pourrait en sortir plus rapidement.

Quel que puisse être le résultat médiat de cette quasi-consécration, que nous désirons ardemment, avec tout le Conseil d'administration de l'École dentaire de Paris, nous devons des remercîments à MM. Mesureur, Voisin, Faisans, Worms et Thilloy de nous avoir fait cette visite, ainsi qu'à ceux des membres du Conseil de surveillance qui se sont excusés, parce qu'ils étaient empêchés. Leur démarche démontre en effet l'intérêt qu'ils témoignent aux malades des hôpitaux et aux établissements d'assistance privée qui contribuent, eux aussi, dans la mesure de leurs moyens, à la grande œuvre sociale et humanitaire du soulagement des souffrances des malheurenx.

P. Martinier.

Voici le texte des allocutions prononcées au cours de cette visite.

ALLOCUTION DE M. LE Dr GODON,

Directeur de l'Ecole.

Monsieur le Directeur,

Il y a à peine un mois, vous veniez avec M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris inaugurer les nouveaux bâtiments de l'Ecole dentaire de Paris. Vous revenez aujourd'hui avec les plus éminents de vos collaborateurs de l'Assistance publique.

Nous sentons tout le prix de cette double visite ; permettez-moi, monsieur le directeur, de vous adresser, au nom de notre Conseil d'administration, l'expression de notre vive et sincère gratitude pour cette nouvelle marque de sympathie et d'intérêt que vous donnez à cette institution, qui est fière

de vous compter parmi ses présidents d'honneur depuis bientôt vingt ans (1886).

Permettez-moi aussi de vous remercier, monsieur le président du Conseil de surveillance, messieurs les conseillers et monsieur le secrétaire général, du grand honneur que vous nous faites aujourd'hui. J'ai l'espoir que vous garderez de cette visite la même impression favorable qu'a ressentie M. le professeur Debove, le mois dernier, pour notre institution et ses nombreux collaborateurs et que votre bienveillante sympathie leur sera définitivement acquise.

En tous cas, vous avez pu vous rendre compte, au cours de cette longue visite à travers nos différents services, que tous les membres de l'institution font tous leurs efforts pour qu'elle soit digne de l'intérêt que vous avez bien voulu lui témoigner.

Vous avez vu que cette société, qui a été fondée il y a vingt-cinq ans, au moyen d'une souscription publique, par l'Association générale des dentistes de France, à la fois établissement d'enseignement supérieur et d'assistance, et qui est reconnue d'utilité publique depuis 1890, est une œuvre *purement philanthropique*, c'est-à-dire ne comportant aucune pensée de lucre ou de profits personnels pour ses membres ou ses administrateurs, dont les fonctions sont toutes gratuites. C'est notre premier titre à votre bienveillance. Je tiens à le souligner au début.

L'œuvre d'assistance de notre société est évidemment celle qui devait vous intéresser d'abord ; nous avons dirigé la visite dans cette pensée. Nous vous avons fait parcourir successivement tous les services dans lesquels les malades, munis de leur fiche individuelle remise à l'entrée, sont admis, suivant les besoins de leur traitement.

De l'entrée du dispensaire, où se fait l'admission régulière des patients sans autre formalité que l'inscription sur un registre permettant de contrôler le chiffre de 40.000 entrées que nous annonçons annuellement, nous sommes passés d'abord à la clinique de chirurgie dentaire, où se font l'examen, la consultation et les opérations d'urgence.

Ensuite, pour les traitements prothétiques, nous avons vu les cliniques de prothèse, d'orthodontie, de restaurations buccales et faciales, avec les laboratoires de prothèse pour la confection des appareils qu'elles nécessitent ; puis, pour les traitements de dentisterie opératoire, les grandes salles de 2e et de 3e année et les salles nouvelles de 1re et de 4e année, enfin les cliniques médicales pour l'examen des malades atteints d'affections générales ayant quelque retentissement du côté buccal, et les cliniques spéciales d'anesthésie et de stomatologie, sans compter celles des hôpitaux Boucicaut et Lariboisière, que nous avons rappelées, tous ces services complétés par les nouveaux laboratoires d'histologie, de bactériologie, de radiographie, etc.

Nous vous avons montré ainsi, Messieurs, que les malades pauvres peuvent trouver gratuitement tous les jours à notre dispensaire, non seulement le soulagement de leurs souffrances dans nos cliniques de chirurgie dentaire dans des conditions analogues au *traitement d'urgence* qu'ils rencontrent dans vos services dentaires des hôpitaux, mais encore un *traitement de dentisterie complète, intégrale*, comprenant toutes les ressources que les progrès de l'art dentaire moderne offrent aux riches dans les cabinets des dentistes de la ville pour le rétablissement des fonctions physiologiques du système dentaire.

Nous avons réalisé ces services de traitement complet de la dentisterie pour nos malades, parce que nous avons dû d'abord organiser pour nos élèves, les étudiants chirurgiens-dentistes, un enseignement de la dentisterie complet, aussi bien au point de vue scientifique et médical, qu'au point de vue technique. C'est cet enseignement complet en quatre années, alors que l'État n'en prescrit que trois, qui a fait le succès croissant de cette institution et nous a valu, entre autres faveurs, la reconnaissance de l'équivalence de nos études avec celles des meilleures Universités des États-Unis, et récemment les félicitations publiques du doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Or, si nous avons réussi à faire constater publiquement

les résultats que nous obtenons tant pour le traitement de nos malades que pour l'enseignement de nos élèves, avec cette organisation due à l'initiative privée des dentistes français, il est depuis longtemps admis que, s'il a été possible de créer dans les hôpitaux des services de médecine et de chirurgie qui mettent à la portée des pauvres tous les progrès de la science médicale moderne, il n'en est pas de même pour l'art dentaire, où les services actuels sont forcément limités à la dentisterie d'urgence, quels que soient la bonne volonté et le zèle des titulaires.

En étudiant nos services, on se rend bien compte qu'il n'en pouvait être autrement, car il n'y a pas actuellement de moyen pratique d'établir dans un hôpital un service de dentisterie complète (prothèse et dentisterie opératoire) autrement qu'en y créant une véritable école dentaire.

On est ainsi amené à examiner s'il n'y a pas lieu aujourd'hui pour l'Assistance publique de Paris de compléter ses services dentaires, soit en créant elle-même des écoles dentaires — mais cette création pourrait entraîner l'Administration dans une série de dépenses qui grèveraient lourdement son budget — soit en acceptant la collaboration des écoles dentaires reconnues d'utilité publique, avec tout leur personnel de professeurs, de chefs de clinique, de démonstrateurs et d'élèves. Ce concours, nous l'avons offert bénévolement plusieurs fois. J'ai l'honneur de vous renouveler aujourd'hui cette offre, au nom de notre Conseil d'administration, comme suite et comme complément du vœu que j'émettais, il y a un mois, pour l'admission de nos élèves diplômés au concours de dentistes des hôpitaux, vœu auquel M. le professeur Debove a promis son bienveillant appui.

Il semble que l'Assistance publique trouverait ainsi dans cette collaboration des écoles, dont la formule est facile à déterminer, sans léser aucun intérêt respectable, le moyen d'offrir tout de suite aux malades dont elle a la charge un service de dentisterie complète digne de la ville de Paris.

Ce serait pour tous nos collaborateurs la meilleure des récompenses de leurs efforts que de voir ainsi l'institution à

laquelle ils se dévouent associée officiellement à l'œuvre de solidarité sociale qui incombe à votre Administration, et la dentisterie moderne remplacer dans vos établissements la dentisterie d'autrefois.

Enfin, cette solution rétablirait, j'en suis sûr, la bonne harmonie entre les divers éléments de la profession dentaire et contribuerait au progrès de la science odontologique.

Dans l'espoir que vous voudrez bien, Messieurs, examiner avec bienveillance ce vœu de l'École dentaire de Paris, que je soumets à M. le directeur, je lève mon verre en un toast de remerciements et de bienvenue en l'honneur de nos éminents visiteurs, M. G. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, M. Voisin, président du Conseil de surveillance, M. le Dr Faisans et les membres de ce Conseil et M. Tilloy, secrétaire général.

ALLOCUTION DE M. G. MESUREUR,

Directeur de l'Assistance publique.

Messieurs,

Voulez-vous me permettre de remercier votre Président des paroles qu'il vient de prononcer, de le remercier, ainsi que tous les collaborateurs de l'œuvre qu'il dirige, du chaleureux accueil que nous avons reçu ce matin dans votre École ?

Tous, nous avons été frappés de sa bonne installation matérielle, du dévouement et de l'assiduité qu'elle doit demander aux maîtres et aux élèves que nous venons de voir à l'œuvre dans chacun des services de l'École dentaire. Ma sympathie, comme vous le savez, lui est depuis longtemps acquise, comme à toutes les œuvres d'initiative privée qui apportent indirectement leur concours à l'Assistance publique en poursuivant le même but qu'elle. Je n'ai pas qualité pour engager le Conseil de surveillance de mon administration ; son président, l'honorable M. Félix Voisin, vous dira sa pensée ; mais j'estime que vous avez raison, après vingt

ans d'efforts, après votre reconnaissance comme établissement d'utilité publique, de vouloir devenir, à votre tour, une institution officielle; je vous y aiderai de tous mes efforts personnels. Les services considérables que vous avez rendus jusqu'ici aux classes nécessiteuses légitiment le vœu que vous exprimez de les continuer pour le plus grand soulagement des malades de nos hôpitaux; je ne me refuserai pas pour ma part à cette collaboration officielle dans l'intérêt des malades, intérêt qui doit être notre seul guide. Je ne puis pas assurer à M. le D[r] Godon la réalisation immédiate de son vœu: il sait, vous savez tous, que des difficultés doivent être aplanies; mais le temps les aplanira.

Dès maintenant n'avez-vous pas le bénéfice de vos efforts par la notoriété de votre École, par son succès toujours croissant? C'est une satisfaction précieuse et la meilleure des récompenses que puissent désirer le D[r] Godon et tous ses collaborateurs éminents.

ALLOCUTION DE M. FÉLIX VOISIN,

Vice-président du Conseil de surveillance.

Il y a longtemps que je désire voir l'Assistance publique entrer dans la voie que vient d'indiquer si bien M. le directeur général. Mes collègues, M. Worms et M. le D[r] Faisans, vous diront que chaque fois qu'il a été parlé de la réorganisation des services dentaires dans les hôpitaux, je m'y suis toujours montré favorable.

Je vous félicite vivement, monsieur le président, vous et vos dévoués collaborateurs, d'avoir su créer un si beau dispensaire et j'applaudis aux espérances qu'il fait naître, car la pensée qui vous anime tous est profondément humaine. Les soins à donner à la bouche doivent succéder, pour les pauvres, au simple arrachage des dents. Ils ont droit aux mêmes soins que les personnes plus aisées. Il y a là une question d'humanité et de moralité.

Votre désir de voir l'institution que vous avez fondée obtenir un caractère officiel est bien légitime, et si je puis, comme vice-président du Conseil de surveillance, faciliter la réalisation du vœu que vous venez de formuler, je le ferai avec grand plaisir ; je bois au succès, au développement constant de votre œuvre ; ce sera la récompense, Messieurs, des efforts, du travail, du dévouement que tous, administrateurs et collaborateurs de l'École et du dispensaire dentaires de Paris, vous consacrez à cette belle entreprise.

Chronique professionnelle 

UNE VOIX DU PASSÉ [1]

Par le Dr E. C. Kirk,

Doyen de la Faculté dentaire de l'Université de Pensylvanie,
Directeur du *Dental Cosmos*.

Sous ce titre, notre excellent confrère de Philadelphie consacre quelques pages au récent article publié par le Dr Cruet sur le livre de M. Choquet. La partialité avec laquelle le Dr Cruet a fait cet article, la nouvelle attaque qu'il dirige à ce propos contre les dentistes sont si bien stigmatisées que nous sommes sûrs de faire plaisir à tous nos lecteurs en reproduisant *in extenso* la traduction de l'article du Dr Kirk.

Nous avons publié dans le *Dental Cosmos* de février 1904, p. 149, une analyse d'un ouvrage d'anatomie dentaire intitulé *Précis d'anatomie dentaire*, par J. Choquet, professeur à l'Ecole dentaire de Paris. Ce compte rendu formulait une opinion favorable sur cet ouvrage, opinion basée sur une étude critique et comparative de son contenu. Nous ne prenions pas en considération la personnalité de l'auteur, son instruction préparatoire ou professionnelle, son âge, sa situation sociale, ses relations de famille. Nous établissions cette opinion uniquement sur la preuve que ce livre nous fournissait par lui-même. Cependant nous apprenons que cette base de notre analyse littéraire n'est pas à l'abri de la critique, car la *Revue de Stomatologie* de mars 1904 contient un jugement sur ce livre par le Dr Cruet, dentiste des hôpitaux et ancien président de la Société de Stomatologie, jugement dont le signataire ignore complètement le contenu et le caractère de l'ouvrage et se borne à une analyse ou à une revue critique de la compétence de l'auteur pour écrire un livre. Cruet dit de Choquet et de l'effort de Choquet :

« Si je ne voulais faire qu'une analyse, je parlerais sûrement du livre de Choquet et non de l'auteur ; mais, dans l'espèce, ils sont inséparables et unis précisément par ces liens indissolubles qui..... »

Le Dr Cruet ajoute qu'il ne peut pas ne pas tenir compte que M. Choquet n'est pas médecin :

« Il n'a pas fait d'études médicales sanctionnées par le doctorat, ni, je le devine, d'études scientifiques suivies ; il est seulement, sans conteste, le produit

1. Kirk, A *Voice from the Past*, editorial department, in *Dental Cosmos*, mai 1904, page 395.

le plus parfait et le meilleur sujet sorti des écoles dentaires, dont il représente au plus haut degré les doctrines et l'enseignement..... Aussi, tant que Choquet s'est borné à des travaux partiels sur quelques points d'anatomie ou d'histologie, à des recherches de laboratoire, à des expériences physiologiques, qui sont à la portée de tout bon observateur, de tout esprit ingénieux, dont l'intelligence et le jugement sont d'ailleurs de qualité, il a fait œuvre utile, originale même, et il a incontestablement marqué sa place au premier rang des travailleurs auxquels il faut rendre justice et accorder de la reconnaissance...... Mais Choquet, dont les connaissances fragmentaires en anatomie dentaire et en anatomie générale sont incontestables et le résultat d'un travail obstiné, a cru qu'il pouvait un jour synthétiser ses connaissances en un livre concret et complet, où il exposerait en même temps qu'un ensemble de faits, des idées générales et il a totalement échoué. »

Le Dr Cruet établit alors pourquoi le livre qu'il semble ne pas avoir lu est un échec. Il dit :

« Et l'on a déjà compris qu'il ne pouvait en être autrement, parce qu'il ne suffit pas d'avoir tardivement fréquenté des laboratoires et..... des professeurs même éminents, examiné des collections de musées, réuni des documents épars, pour faire un vrai livre de science et de composition logique, si l'on n'a d'ailleurs reçu lentement et depuis longtemps cette imprégnation scientifique presque inconsciente qui ne pénètre absolument que les esprits déjà préparés par une solide culture générale ; et ce manque de préparation se montre précisément d'une façon évidente, dans l'ensemble et dans le détail, à chaque page, pour ainsi dire, du *Précis d'anatomie dentaire* de Choquet. De sorte que l'auteur que ses études spéciales, ses travaux individuels semblaient, à première vue, indiquer pour une semblable tâche, a parfaitement échoué, là où aurait réussi un étudiant en médecine intelligent et travailleur, là où ont réussi des médecins non spécialistes, mais simplement instruits.....

Si les bons livres eux-mêmes sont incapables de donner l'instruction scientifique et médicale à des élèves frustes, — dont le temps et le manque de préparation les rendent inaptes à en recueillir les bénéfices, — que peut-on attendre des livres médiocres ou même mauvais ?...

Il ne suffit pas en tout cas d'avoir fréquenté les écoles dentaires et même d'être parmi les chirurgiens-dentistes le plus éminent pour achever un ouvrage dans l'ordre scientifique ; il faut la préparation résultant d'études qui ne se puisent qu'aux sources habituelles : dans l'enseignement universitaire d'abord, dans les facultés et par les voies régulières. »

Tout cela semble étrange à ceux qui ont une compréhension nette de l'évolution de nos idées d'enseignement en général et d'enseignement médical en particulier. Une majorité très respectable des penseurs les plus avancés en matière d'enseignement s'est depuis longtemps affranchie de cet aveugle esprit de parti pris qui soutenait que le mot éducation voulait nécessairement dire : éducation de tous dans les étroites limites du classique, et que la poursuite de tout autre genre de connaissances n'était pas l'éducation.

De plus, l'expérience et la pratique ont démontré que la prétention qu'un médecin est apte à porter un jugement sur des questions se rattachant à toutes les branches de l'art de guérir parce qu'il possède un grade médical est une prétention erronée. Personne aujourd'hui ne consulte un gynécologiste pour une ophtalmie ou un laryngologiste pour une fièvre typhoïde, et celui qui a des maux de dents ne consulte

pas d'ordinaire un médecin, du moins en Amérique, quoi qu'on puisse faire dans l'entourage du Dr Cruet. Quant à écrire des livres, nous estimons que la meilleure garantie consiste dans la capacité de bien les écrire, et, si le droit d'écrire se mesure sur le résultat, eh bien ! M. Choquet a prouvé qu'il avait ce droit, abstraction faite de la nature et de la variété des titres dont il peut légalement faire suivre son nom.

Nous présumons que le titre de docteur que M. Cruet est autorisé à ajouter à son nom constituait la garantie sur laquelle il a mis au jour son livre *Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche*, en se plaçant à son point de vue. Nous sommes encore à apprendre si cet ouvrage est devenu le traité classique sur la matière dont il traite ou a, dans une mesure quelconque, modifié la pratique dentaire, même dans la ville où il a été publié.

Il n'est pas exact qu'un étudiant en médecine travailleur et intelligent ou qu'un médecin non spécialiste auraient fait un livre comme M. Choquet, à moins d'avoir fait comme lui des études d'histologie et d'anatomie dentaire. Nous mettons au défi le Dr Cruet de nous indiquer un seul ouvrage de la nature de celui de M. Choquet dû à un auteur n'ayant que des connaissances médicales ou un ouvrage sur un sujet rigoureusement dentaire écrit par un médecin, servant de nos jours de livre d'enseignement classique dans les écoles de médecine ou les écoles dentaires. L'art dentaire reconnaît sans réserve sa dette d'obligation envers la médecine, mais la plupart des dentistes et des docteurs d'aujourd'hui reconnaissent que ces obligations doivent être réciproques.

De tout temps, depuis l'époque d'Hippocrate et de Galien, les médecins ont examiné la langue de leurs patients pour prononcer ensuite leur diagnostic d'un air grave et avec un hochement de tête sinistre. La dentisterie moderne dégage des recherches scientifiques les données d'après lesquelles la médecine pourra établir un diagnostic rationnel d'après l'état de la bouche, dans la mesure où cela est possible. La médecine a longtemps cherché le moyen de résoudre le problème de la nutrition : la dentisterie ajoute son contingent de connaissances à ce problème. La médecine recherche l'étiologie de nombre d'infections et de manifestations pathologiques dans les viscères et le canal gastro-intestinal : la dentisterie indique la cavité buccale comme la porte d'entrée des agents provoquant ces phénomènes pathologiques et démontre leurs relations causales. Le dentiste démontre au chirurgien l'inutilité évidente de désinfecter ses mains, son arsenal et son champ opératoires, s'il néglige de désinfecter la bouche de son patient, surtout dans tous les cas abdominaux et notamment dans les opérations chirurgicales sur l'appendice vermiculaire.

Ces considérations semblent avoir été ignorées du Dr Cruet. Peut-être les ignorait-il. Elles sont devenues un sujet de recherches de la part des spécialistes de l'art dentaire tout simplement parce que le corps médical a négligé, en général, de leur donner l'attention qu'elles méritent.

Bien plus, nous sommes d'avis que l'opinion surannée du Dr Cruet au sujet de l'impossibilité pour un dentiste d'être capable de parler de

sa spécialité uniquement parce qu'il n'est pas docteur en médecine n'est partagée ni par les docteurs en général ni par aucun dentiste.

Louis Pasteur ne possédait pas, que nous sachions, le titre de docteur, cependant nous entendons plus parler de ses travaux en Amérique que de l'*Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche*, par Cruet. Etant donné l'importance et l'étendue des travaux de Pasteur, nous nous demandons ce qu'il en aurait été s'il avait seulement accepté le titre de docteur quand on le lui a offert, cela, naturellement, en admettant que l'opinion de Cruet soit juste.

Non, nous croyons, ou, pour nous servir de l'expression de Cruet, nous nous imaginons que toute la difficulté provient de l'étroitesse de vues si habilement dépeinte par Esope dans sa fable de la Chèvre mécontente qui aurait voulu être brebis, et notre observation nous amène à la conclusion que le dentiste et le docteur ne sont pas des quantités convertibles, tout comme la chèvre et la brebis de la fable.

Le médecin et le dentiste remplissent tous deux d'importantes fonctions comme serviteurs de l'humanité, et plus la question de supériorité et d'infériorité mutuelle sera éliminée de leurs rapports, plus le respect mutuel augmentera, ainsi que leur utilité respective.

Les titres peuvent dire vouloir beaucoup ou peu de chose ; c'est la capacité qui compte quand il y a quelque chose à faire et non les titres qui accompagnent le nom d'un homme.

Telles sont les justes réflexions suggérées par l'article du « grand-maître de la stomatologie » au Dr Kirk, dont l'autorité universellement acceptée se trouve accrue, en la circonstance, par l'absence de toute préoccupation intéressée. Pour écrire quelque chose de scientifique, il ne faut pas seulement être médecin : il faut, avant tout, avoir été élevé sur les genoux de la Stomatologie. Hors de cette Société, tout n'est que travail mauvais et besogne inutile. Voilà ce qui se dégage nettement de l'article contre Choquet ; ce serait décourageant si tout le monde scientifique pensait comme M. Cruet : heureusement qu'il n'en est rien. Les « complicités et les ignorances administratives et même universitaires », dont la sympathie pour notre œuvre se manifeste si souvent, ont constaté maintes fois que les efforts des dentistes n'étaient pas stériles et que l'Ecole dentaire était à la hauteur de sa tâche d'enseignement : l'œuvre, « avortée d'avance » dont parle la « voix du passé », a grandi et prospéré.

Il faut évidemment avoir la science infuse, la vaste compréhension du « chef des stomatologistes » pour porter un jugement sur un ouvrage sans l'avoir lu ! Car, comme le soupçonne Kirk, il est de toute évidence que M. Cruet n'a même pas lu le livre de Choquet. Lire la prose d'un dentiste serait déchoir pour un stomatologiste aussi éminent ! Le jugement *a priori*, c'est cela qu'il faut appliquer à ceux qui se sont installés « comme dans une forteresse mystérieuse et inaccessible et ne veulent pas en sortir ». M. Cruet s'en est rapporté à ce

qu'il appelle l'excellente analyse du Dr Mahé, et qui n'est, aux yeux de tout homme impartial, qu'une méchante critique, inspirée par une animosité ancienne plutôt que par un bon esprit d'analyste. Si nous voulions personnellement nous livrer à une critique aussi acerbe des œuvres de M. Cruet, nous ne manquerions pas d'y relever des incorrections de style, des fautes de grammaire, le mot « même » répété quatre fois dans douze lignes, de mauvais accords de participe, etc..., fautes qui ne sont pas pardonnables à un dentiste, mais qu'un stomatologiste peut commettre sans mériter de blâme !

Mais nous n'avons pas l'esprit critique du Dr Mahé et de son admirateur, monsieur Cruet, et nous combattons les hommes pour les idées qu'ils représentent plutôt que pour la façon dont ils expriment ces idées.

Puisque M. Cruet traite de caduque en son principe l'institution des écoles dentaires, hâtons-nous de le rassurer sur la mise en pratique de cette institution. Notre Ecole, qui a l'honneur d'être la forteresse dont parle notre adversaire, ne paraît pas du tout en voie de déchéance. Si l'art dentaire est réellement représenté par autre chose que par l'extraction, traitement si souvent appliqué dans les hôpitaux parisiens où trônent les stomatologistes, nous avons le droit avec nos services de dentisterie, de prothèse, d'orthodontie et de restauration bucco-faciale, de nous déclarer en pleine prospérité. C'est cette prospérité qui excite votre plume, monsieur Cruet ; c'est parce que vous sentez perdue la partie que vous avez engagée, il y a quelque dix ans, contre l'enseignement de l'art dentaire par les dentistes, que vous lancez de nouvelles foudres contre cet enseignement. Pas plus que le livre de Choquet n'a échoué, l'Ecole dentaire de Paris n'a failli à sa tâche, n'a manqué à son rôle d'éducatrice. Aussi lorsque le moment sera venu d'organiser officiellement l'enseignement, cette organisation se fera, malgré tous vos efforts, là où tout est prêt et organisé ; s'il y a un jour faillite, elle ne viendra pas de notre côté, parce que nous n'avons jamais changé notre programme que pour l'améliorer. Les dentistes sont et resteront des dentistes, la stomatologie ne les intéressera que dans les relations qu'elle peut avoir avec l'art dentaire ; en est-il de même des stomatologistes qui, d'abord stomatologistes, changent quelque peu leur formule et disent maintenant avec vous, dentistes d'abord, médecins ensuite ?

Lorsque, dans son article contre Choquet, M. Cruet déclare que le livre de Choquet aurait pu être mieux fait par un étudiant en médecine intelligent et instruit, il écrit une incorrection. M. Cruet sait fort bien, lui qui a écrit ce monument scientifique l'*Hygiène et la thérapeutique des maladies de la bouche*, combien il faut d'instruction acquise par la pratique pour écrire un livre, et, en voulant trop prouver, il ne prouve rien du tout : cette phrase n'est qu'une simple

vue de l'esprit que M. Cruet reproduit, parce qu'il la croit susceptible d'être utile à sa cause.

Nous approuvons donc sans restriction l'article du Dr Kirk ; la chanson de M. Cruet est déjà si vieille qu'elle est bien une chanson d'autrefois ; la voix qui la clame est bien une voix du passé, selon l'heureuse expression du *Cosmos*. Kirk se demande ce que M. Cruet peut penser de l'œuvre de Pasteur, qui n'était pas médecin : nous renseignerons volontiers notre confrère américain : M. Cruet ne pense que du bien de Pasteur parce qu'il n'était pas dentiste et parce que c'est ce titre-là seul qui excite la colère de « la voix du passé ».

Le livre de Choquet n'est pas parfait : notre ami Frey a relevé dans une excellente analyse certains défauts de cet ouvrage ; Choquet n'a pas besoin d'excuse, mais s'il en avait besoin, nous pourrions dire que c'est son premier livre classique et qu'un premier effort n'est jamais parfait. La seconde édition, il y en aura une, malgré l'échec annoncé avec plus de jalousie que de fracas, sera meilleure et les hommes impartiaux la jugeront excellente, tandis que le grand maître de la stomatologie continuera à la trouver mauvaise, parce qu'elle émanera toujours de Choquet, dentiste. En dehors de la Stomatologie, il n'y a pas de salut.

Tel n'est pas notre avis à nous qui sommes l'un de ceux que, dans un récent article de la *Revue de Stomatologie*, M. Cruet classe parmi les *outlaws* (hors la loi) de la médecine. Nous connaissions jusqu'ici M. Cruet, *souverain pontife* de l'Eglise Stomatologique, dont il peut nous excommunier, d'autant plus facilement que nous n'avons jamais songé à nous enrôler sous sa bannière ; mais nous lui refusons le droit de nous exclure de la grande famille médicale, dont les dentistes, docteurs ou non, font et feront partie malgré ses anathèmes. Cela nous permet de déclarer pourquoi nous sommes venu si complètement aux groupements dentaires : c'est que nous les avons sentis capables de travail, d'enseignement et de libéralité, c'est que nous les avons vus travailler ardemment à une œuvre utile et forte, tandis que dans la Stomatologie tout effort est stérile s'il n'émane pas de la volonté et de la cérébralité souveraine de « la voix du passé ».

Pour terminer, nous ne pouvons résister au plaisir de publier cette double et intéressante définition entendue ces jours derniers par nous-même dans un salon parisien où l'on ne manque jamais d'esprit :

Un dentiste, c'est celui qui soigne une bouche pourvue de dents !

Un stomatologiste, c'est celui qui soigne une bouche dans laquelle il n'y a plus de dents !

E. Friteau.

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. le Rédacteur en chef, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

PEUT-IL EXISTER DES ANOMALIES DENTAIRES ACQUISES ?

Par le Dr Maurice Roy,

Dentiste des hôpitaux,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

L'Odontologie dans son dernier numéro a publié sous le titre *Anomalies dentaires acquises* une communication au Congrès d'Angers où l'auteur, M. de Croës, s'efforce d'enrichir la nomenclature anatomique d'une nouvelle dénomination et d'une nouvelle classification au sujet d'entités cliniques, qu'il croit nécessaire « de définir et de classer pour pouvoir les enseigner avec méthode à nos élèves ».

Il entend, dit-il, par « *anomalies dentaires acquises* : les déformations, les déviations et les déplacements que peuvent prendre *après l'évolution dentaire complète* les dents et les maxillaires sous l'influence de différents états anormaux, locaux ou généraux ». Il définit dans son travail les causes de ces anomalies et en fait la classification.

Je ne suivrai pas l'auteur dans l'étude de ces différents points et ne relèverai pas nombre d'assertions assez singulières, comme celle par exemple qui range la *périodontite expulsive, la sénilité précoce*, parmi les *causes d'ordre physiologique*, pas plus que je ne discuterai sur l'utilité qu'il pouvait y avoir à établir une classification de ces déformations de causes pathologiques diverses. La classification de l'auteur peut du reste tout aussi bien s'appliquer aux *anomalies congénitales* (j'emploie à dessein une qualification pléonasmique adoptée par l'auteur) qui « ont été, dit-il lui-même, étudiées et classées de façon magistrale en de maints travaux ».

Mais je regrette que M. de Croës, avant d'écrire ce travail, n'ait pas cherché dans un traité classique quelconque ou dans un dictionnaire la définition du mot anomalie.

S'il l'eût fait, il eût constaté qu'il essayait d'associer deux mots qui ne peuvent être accolés ensemble : *anomalies acquises*.

Prenons en effet la définition de l'anomalie au sens anatomique du

mot : je l'emprunte, d'une part, au *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* et, d'autre part, au *Nouveau Larousse illustré*, le dictionnaire français le plus récent.

Le terme ANOMALIE pour S. Duplay (*Dict. encycl. des sc. méd.*, t. V, p. 221) s'applique à : « *toute disposition organique spéciale par laquelle un individu s'éloigne de la majorité des individus de son espèce, de son âge, de son sexe.* Synonyme : DÉVIATION ORGANIQUE, *c'est-à-dire dérogation à l'ordre habituel*, ALTÉRATION CONGÉNITALE DU TYPE NORMAL ET SPÉCIFIQUE [1] ».

Dans le *Nouveau Dictionnaire Larousse* en 7 vol. nous trouvons la définition suivante du mot : ANOMALIE :

« *Le mot anomalie, dans la langue anatomique, est un terme général qui réunit toutes les altérations du type normal de l'espèce, depuis les plus légères, jusqu'aux plus rares, qui sont ordinairement appelées monstruosités. L'anomalie est toute modification extraordinaire dans la formation ou le développement des organes* INDÉPENDAMMENT DE TOUTE INFLUENCE SUR LA SANTÉ. ELLE SE DISTINGUE AINSI DE LA MALADIE QUI ARRIVE APRÈS, QUAND LE DÉVELOPPEMENT EST TERMINÉ.

L'étude des diverses anomalies de l'organisation forme sous le nom de tératologie une branche distincte et très intéressante de la biologie. »

Il résulte donc de la définition universellement adoptée qu'une *anomalie* ne peut se produire que *pendant le développement* d'un organe et *jamais après ce développement* et que, par conséquent, quand l'auteur du travail que nous critiquons dit qu'il entend par *anomalies acquises* « les déformations, les déviations et les déplacements que peuvent prendre *après l'évolution dentaire complète* les dents et les maxillaires », il commet une hérésie au point de vue anatomique, hérésie que j'ai tenu à relever aussitôt le travail publié, car elle serait de nature à créer une confusion des plus fâcheuses dans l'esprit des élèves, étant donné la préoccupation didactique qui a guidé particulièrement cet auteur dans son travail.

D'après la définition anatomique générale adoptée par tous les savants, le nom *d'anomalie dentaire* doit être réservé *à toute modification extraordinaire dans la formation ou le développement de la dent.* Donc, toute déformation, toute déviation, tout déplacement survenant *après l'évolution dentaire complète*, n'a droit en aucune façon au nom *d'anomalie* dont le sens est strictement limité.

Quand la dent a fait son éruption, qu'elle occupe la place et qu'elle a acquis la longueur qu'elle doit garder immuablement (en dehors de toute intervention opératoire ou de tout processus pathologique bien entendu), toutes les modifications qui peuvent se produire dans cette

---

1. C'est presque textuellement la définition adoptée par Isidore Geoffroy St-Hilaire dans son *Histoire générale et particulière des Anomalies.*

dent ou dans le maxillaire relèvent uniquement de la pathologie, ainsi que l'indique la définition donnée plus haut, sans quoi il faudrait donner le nom *d'anomalie* à toute la pathologie, puisque c'est l'état de santé qui est l'état normal de l'individu.

Il y a enfin une dernière contradiction à associer les mots *anomalies acquises* étant donné que, bien loin de considérer les anomalies comme une modification nouvelle *acquise* par un organe, certains auteurs veulent les considérer comme étant souvent *un retour ancestral* dans l'évolution biologique des individus.

Comme on le voit par ces quelques explications, il y a dans les critiques que je regrette de formuler, au sujet du travail de M. de Croës, plus qu'une simple question de mot, puisque son travail tendrait à détourner de son sens strictement limitatif un terme anatomique qui ne doit pour aucune raison en être détourné.

Il importe, si l'on veut pouvoir s'entendre sur les choses, que l'on s'entende d'abord bien exactement sur les mots et que chacun ne les interprète pas au gré de sa fantaisie ; C'est là un travers qui a de grands inconvénients dans les discussions scientifiques et qui en a encore bien plus au point de vue pédagogique. Il importe en effet, autant que possible, en matière didactique de toujours donner aux élèves des idées bien précises des termes employés, c'est le moyen de bien préciser les choses que l'on enseigne [1].

---

1. Au moment de corriger les épreuves de cet article je viens de prendre connaissance d'un travail intéressant de M. Etienne Rabaud paru récemment dans les *Archives Générales de Médecine*. Sous le titre : *Maladie et Variation*, M. Rabaud expose justement d'une façon très complète la différenciation qui existe entre la maladie et l'anomalie et j'ai trouvé, défendu, dans ce savant travail, les mêmes idées que celles développées succinctement dans mon article : « Il faut établir, dit l'auteur, une distinction bien tranchée entre la *maladie*, qui est l'altération d'une chose préexistante et l'*anomalie* qui est le résultat d'un mode évolutif donné. » Et plus loin : « Réduire l'anomalie à la maladie revient alors à faire de l'ensemble des êtres organisés une longue théorie de malades, puisque tous sont issus d'une perturbation incidente, puisque tous résultent d'une modification anatomique. L'absurdité même de cette conséquence logique suffirait, à défaut d'autres raisons, à établir une démarcation irréductible entre le phénomène morbide et le phénomène évolutif. »

C'est, on le voit par ces deux fragments que j'emprunte aux conclusions du travail de M. Rabaud, la confirmation des idées que j'ai exposées.



SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX.

6 mai 1904.

Pelade, migraine et névralgie dentaires. — ***M. Souques*** communique l'observation d'une malade atteinte de pelade dans les régions rétro-auriculaires droite et gauche.

En l'absence de toute contamination appréciable, on peut invoquer, comme cause de localisation, l'existence de crises fréquentes de migraine classique avec irradiations douloureuses occipitales, ou bien l'existence de névralgies dentaires guéries cependant depuis trois ans.

(*Presse méd.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

9 mai 1904.

Auto-section linguale. — ***M. Granjux.*** A propos de la récente communication de M. le professeur Brouardel[1], je crois devoir signaler que le suicide par auto-section linguale est en usage en Indo-Chine. Ce procédé s'observe dans 5 ou 6 pour 100 des suicides ; les individus y ont recours lorsqu'ils sont incarcérés, étroitement surveillés et qu'il leur est par conséquent impossible d'employer d'autre moyen. Pour y parvenir l'Annamite frappe la symphyse mentonnière avec le poing ou le genou. Si la section complète est réalisée, l'hémorragie peut déterminer la mort. Si la constriction a été insuffisante pour sectionner la langue, elle peut déterminer dans cet organe un œdème considérable capable d'amener l'asphyxie. Après l'auto-section de la langue, ni la déglutition, ni le langage ne sont troublés : ceux qui refusent de parler sont des simulateurs.

(*Presse méd.*)

1. Communication du 11 avril 1904. Voir *Odontologie*, 15 mai 1904, p. 470.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

5 mai 1904.

Sur un cas complexe de pelade dentaire. — ***M. Jacquet.*** Malade atteint depuis juillet 1902 d'une pelade de la lèvre gauche en voie de guérison. Ce malade est une preuve nouvelle de l'action des lésions dentaires et de la pelade. Deux mois avant la pelade apparaissait la crise dentaire qui nécessita l'avulsion d'une dent. A la suite d'une seconde avulsion, il y eut une extension, puis un arrêt et un début de repousse à fleur de peau. Le malade subit des alternatives d'hyperesthésie, d'hyperthermie, le vestibule gingival gauche était hyperémié et sensible. Après un examen minutieux de la gencive un pertuis fut trouvé qui conduisit sur un corps dur, extrémité de la dent arrachée la première ; les symptômes sensitifs de la pelade disparurent et le poil commença à repousser. Il persiste encore une sensation d'engourdissement de la lèvre gauche et de la douleur dans le cul-de-sac gingival.

Il y a longtemps que j'ai signalé la névralgie occipitale de la pelade, et j'ai dit aussi que l'angine banale était un phénomène prépeladique. En voici un cas. C'est une malade venue pour des poussées angineuses qui accompagnaient sa pelade ; du côté droit, le nerf occipital est extraordinairement sensible à la pression, la dent de sagesse du même côté n'est pas moins douloureuse.

M. Darier. Depuis les communications de notre collègue Jacquet, j'ai

toujours recherché l'état de la dentition chez les peladiques. Dans la grande majorité des cas, on trouve chez eux des lésions dentaires capables de causer une perturbation nerveuse. Quand les lésions dentaires font défaut, on peut trouver d'autres manifestations douloureuses dans la sphère du trijumeau ou des troubles vaso-moteurs. Quelquefois on constate au contraire un affaiblissement général, une asthénie en rapport avec la croissance ou avec un surmenage cérébral. Dans quelques cas je n'ai trouvé aucune cause appréciable.

M. Sabouraud. Je crois l'origine dentaire possible, mais, comme le dit M. Darier, il faut accorder une large part aux influences de l'état général. J'ai rencontré très fréquemment la pelade chez les diathésiques, goutteux, rhumatisants, syphilitiques et particulièrement dans la syphilis congénitale. Je crois que les praticiens abusent volontiers de l'extirpation de dents qui n'ont pas toujours un pouvoir peladogène avéré.

M. Brocq. Je m'associe entièrement aux conclusions de M. Darier ; j'ai fait les mêmes constatations et j'ai vu comme lui les rapports entre certaines pelades et l'état dentaire. Je voudrais seulement ajouter qu'un grand embarras résulte pour le praticien du fait de n'avoir aucune raison suffisante de choisir entre la théorie de la pelade trophonévrotique et de la théorie de la pelade contagieuse. Actuellement, nous voyons venir tous les jours des ouvriers, des employés d'administration atteints de pelade qui nous demandent de leur délivrer des certificats qui les mettent à l'abri du renvoi des ateliers ou des administrations. Nous voudrions croire à la vérité absolue de la théorie trophonévrotique et délivrer à ces pauvres gens le certificat de libre entrée, mais nous sommes troublés par la publication de cas de pelade qui seraient d'origine contagieuse. La question est donc en suspens, contagionnistes et non contagionnistes demeurant sur leurs positions sans se rencontrer. Il serait donc utile de nommer une commission à laquelle nous prierions que l'on soumît, au moment où ils sont constatés, les cas de pelade contagieuse pour que leur valeur fût affirmée on infirmée.

(Presse méd.)

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS.

19 mai 1904.

Présentation d'un nouveau-né porteur d'une bride muqueuse reliant à gauche le plancher buccal au palais. — *M. Budin.* Cette malformation singulière, constituée par une bride muqueuse intra-buccale dirigée verticalement, ne semble pas gêner beaucoup la succion, car la langue ne bute contre elle qu'exceptionnellement pendant les mouvements de va-et-vient nécessités par la succion.

Néanmoins, comme cet enfant téte difficilement et n'augmente pas, l'ablation paraît s'imposer.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

5 mai 1904.

Névralgie du trijumeau traitée par les injections de cocaïne loco dolenti. — *MM. Brissaud et H. Grenet* présentent un malade atteint de névralgie du trijumeau, qui subit en 1900 la résection du nerf maxillaire inférieur. L'opération donna un répit de dix-huit mois ; au bout de ce temps, les douleurs reparurent ; elles cédèrent pendant un an à des injections de 1 centigramme de cocaïne pratiquées au point le plus douloureux. Actuellement, de nouvelles crises névralgiques cèdent à une nouvelle série d'injections.

Il y a lieu de signaler le rétablissement de la sensibilité dans le domaine du nerf maxillaire inférieur qui avait été, non pas seulement sectionné, mais réséqué sur une certaine étendue de son trajet.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

13 mai 1904.

Trajet du facial. — *MM. Piollet et Viannay* (de Lyon) exposent, sur

une pièce anatomique, le trajet intrapétreux du facial. Les descriptions de Cruveilhier et de Cunéo seraient les seules exactes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

19 mars 1904.

Accidents du chloroforme attribués au chlorure d'éthylidène. — ***M. Dubois*** se demande si les accidents qui se produisent de temps à autre avec le chloroforme ne devraient pas être attribués au chlorure d'éthylidène. Ce chlorure d'éthylidène est très volatil et les expériences faites sur des chiens ont démontré que ces animaux supportent mal un mélange de 10 gr. de ce corps dans 100 litres d'eau. D'après M. Dubois, à la suite d'une seule inspiration de ce mélange, il a perdu la notion de ce qui se passait autour de lui, et il a failli tomber.

7 mai 1904.

Etude sur la reproduction du muguet. — ***M. et Mme Bourguignon.*** Nous avons observé un mode de reproduction du muguet dans lequel des cellules donnent naissance à des bâtonnets dont un certain nombre sont pourvus, à une de leurs extrémités, d'un renflement.

Cette évolution n'a lieu que sur la gélose et la pomme de terre. Sur la carotte nous n'avons jamais eu que des cellules, et, en passant de la gélose sur la carotte et *vice-versa*, nous avons à volonté fait apparaître et disparaître les bâtonnets et les formes à renflement.

En milieu sucré additionné de tartrate de potasse, nous n'avons eu que la forme globulo-filamenteuse du muguet, sans bâtonnets ni forme à renflement.

En bouillon, les bâtonnets s'allongent et prennent la forme spirillaire.

Tous ces éléments, comme les cellules et les filaments du muguet, prennent fortement le Gram. Examinés à l'état frais, ils sont mobiles ; les bâtonnets et les formes à renflement se déplacent en masse ; les longs bâtonnets et les spirilles ont des mouvemants de flexuosité.

Enfin nous avons pu suivre le processus de formation de ces éléments. Avant de leur donner naissance, les cellules s'arrondissent, puis s'entourent d'une auréole ayant de place en place des petits points bien colorés. Les bâtonnets et les formes à renflement naissent ainsi à la périphérie de la cellule, puis ils s'en séparent, et, lorsqu'ils sont détachés, les cellules sont plus petites et colorées en masse, sans auréole.

Un nouvel anesthésique : la stovaïne. — ***M. Chaput.*** L'action analgésique de la stovaïne à 1/200 est identique à celle de la cocaïne. La stovaïne est moins toxique que la cocaïne.

Elle a une action vaso-dilatatrice qui, en congestionnant le bulbe, supprime la syncope et permet aux malades d'être opérés assis et de se lever aussitôt après l'opération. Pure ou associée à la cocaïne, la stovaïne améliore considérablement l'anesthésie lombaire, car elle ne fait pas pâlir les malades et elle supprime les chances de syncope.

La stovaïne lombaire permet d'entreprendre toutes les laparotomies, même les plus difficiles, et de les conduire à bien, quand les malades ne sont pas très émotifs.

(*Presse méd.*)

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE.

18 janvier 1904.

Après les heures consacrées à de longues discussions sur des questions d'ordre intérieur, à des présentations complètes d'ouvrages n'ayant avec l'art dentaire que des rapports éloignés, il est resté quelques instants pour entendre les rares communications inscrites à l'ordre du jour.

M. Galippe présente une *note sur un cas de nanisme ou de microdontisme.* Dent surnuméraire de 3 millimètres de longueur sur un millimètre de diamètre, siégeant chez un enfant épileptique *entre les deux incisives centrales droites* de la mâchoire supérieure (?)

M. P. Robin lit un travail : *Application des blocs d'or à pivot pour la rétention des bridges,* qui sera analysé dans une autre partie du journal.

M. Siffre présente son *masque pour l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle ;* ce masque en caoutchouc renferme dans une de ses parties une ampoule de 5 cc. contenant l'anesthésique ; on la brise lorsque, le masque étant appliqué, le malade respire tranquillement et normalement, le chlorure d'éthyle est alors parfaitement toléré.

Enfin ***M. Rodier*** fait passer une *radiographie de maxillaire supérieur* dont l'interprétation difficile a nécessité de longues explications.

22 février 1904.

Du ***Dr Mahu***, un travail sur le *Diagnostic entre l'empyème maxillaire et la sinusite maxillaire chronique.* — Se basant sur ce fait « qu'il n'existe pas de sinusite maxillaire chronique......... sans une diminution très accentuée et toujours appréciable de la capacité du sinus », l'auteur jauge la capacité du sinus et conclut à l'existence d'une sinusite maxillaire chronique « toutes les fois que la quantité du liquide (préalablement injecté jusqu'à remplissage du sinus) — aspiré sera inférieure à un centimètre et demi ». Ce travail intéressant n'est nouveau que pour la Société de Stomatologie : il a été lu le 14 novembre 1902 à la Société de Laryngologie et a inspiré l'année dernière la thèse du Dr Guérin (mai 1903).

M. Ovize cite un cas d'*hémorragie très grave produite par une tumeur de la pulpe ;* tumeur bénigne siégeant au niveau de la deuxième grosse molaire supérieure gauche, elle-même cariée depuis quatre ans et ayant par d'abondantes hémorragies répétées compromis en trente heures la vie du malade.

Enfin le ***Dr Boniquet***, de Barcelone, envoie plusieurs observations *d'altération spontanée de la pulpe sans carie préalable.*

H. F.

21 mars 1904.

M. Golesceano présente un *appareil destiné aux grandes irrigations bucco-pharyngées ;* le *stomaplynter* (!!) Est-il appelé à rendre de réels services ? Peut-être ; nous ne croyons pas qu'il remplacera dans la pratique courante les lavages de bouche et les gargarismes répétés. D'ailleurs la description donnée dans la Revue est absolument incompréhensible ; il existe une canule A, un entonnoir B, etc. : toutes les lettres de l'alphabet sont utilisées dans la désignation des diverses parties du nouvel appareil — et comme aucune figure ne vient illustrer un texte déjà très obscur, émaillé de coquilles dont la Revue a seule le secret, il est impossible de débrouiller cette communication.

M. Gaillard rapporte un cas de « Cure d'épulis volumineuse par ligature ». La Revue ne donne que la discussion (!) de cette communication qui sera publiée ultérieurement !

Enfin *M. Robin* a parlé de l'*obturation des cavités dentaires par des blocs d'or.*

E. F.

REVUE ANALYTIQUE

A. Hopewell-Smith, ***Quelques dégénérescences et leur importance.*** (*Dental Cosmos*, avril 1904.)

L'auteur public quelques observations, accompagnées de photomicrographies, de ce qu'on croit être des exemples uniques et inconnus jusque-là de certaines dégénérescences qui se produisent dans les parties molles intimement associées aux dents humaines. Il s'occupe des dégénérescences de la membrane du périodonte, ainsi que de celles de l'épithélium de la cavité buccale. Les premières sont passablement communes,les dernières extrêmement rares. Celles-là correspondent intimement à une affection semblable de la pulpe dentaire ; celles-ci sont probablement seules dans l'histoire de la pathologie de la peau et des muqueuses.

M. Hopewel Smith étudie la dégénérescence du périoste alvéolo-dentaire, l'histologie pathologique des éléments fibreux et cellulaires,les espaces aréolaires, les changements survenant dans le voisinage, enfin l'importance de l'atrophie sénile de la membrane du périodonte.

Quand une dent n'est retenue que par un faisceau de fibres atrophiées, la réparation et la thérapeutique sont inutiles. Il serait donc déraisonnable d'y poser une couronne ou de tirer parti de sa position dans l'alvéole pour appliquer une pièce d'une forme quelconque.

Frank W. Sage, ***Phénomènes d'anesthésie par compression.*** (*Dental Cosmos*, avril 1904.)

On ne semble pas avoir suffisamment dit que dans l'anesthésie par compression pulpaire il n'y a pas de résultats satisfaisants à attendre. Si on la tente après le début de la congestion de l'organe, l'exposition et l'excision préalable de la surface de la pulpe, semblent absolument nécessaires. Quand on a agi ainsi, l'effet de la cocaïne appliquée par compression est remarquable dans quelques cas. En quelques secondes la pulpe est si complètement anesthésiée qu'on peut l'enlever sans douleur.

La crise douloureuse lorsqu'on excise une pulpe saine peut être arrêtée instantanément par la méthode de compression. Quand une pulpe saine a saigné légèrement, cet état favorise l'absorption immédiate de l'agent analgésique. On ne rencontre pas plus de difficultés dans les dents multi-radiculaires que dans les dents monoradiculaires. Tout semble dépendre de la persistance de la circulation pulpaire.

Robert Brewster, ***Moyen d'éviter l'opacité dans les obturations de porcelaine et emploi des couleurs à l'huile dans les travaux en porcelaine.*** (*Dental Cosmos*, avril 1904.)

Eviter l'opacité consiste à donner aux obturations finies la transparence et l'aspect naturel des dents humaines.

Il est imposible de représenter avec une seule couleur les diverses nuances qu'on remarque dans les deux tiers inférieurs d'une dent. La difficulté est accrue par les divers degrés de transparence des dents. Pour obtenir l'aspect naturel il faut au moins deux corps et souvent trois.

Le corps de la base sert à donner de la rigidité à la matrice et une couleur à la base ; l'émail, à donner la couleur exacte et à former le corps de l'obturation ; un corps spécial, à augmenter l'effet de l'émail.

Le procédé de coloration par les couleurs à l'huile est longuement dé-

crit, mais il ne peut être utilement analysé ; nous renvoyons les lecteurs à l'article orignal.

Pour assurer la transparence nécessaire d'une obturation, il faut la fondre suffisamment. Un morceau de porcelaine non fondue est opaque et a le même aspect qu'une surface meulée. Pour s'harmoniser avec la teinte de la dent, une obturation doit être composée de porcelaine convenablement fondue et convenablement préparée.

G. T. Baker, ***Deux cas d'orthodontie.*** (*Dental Cosmos*, avril 1904.)

Le premier cas consiste dans une antéversion des dents du haut, une rétroversion et une élongation des dents du bas, chez un jeune garçon de 11 ans et demi ne pesant que deux livres à sa naissance. Le sujet fut vu pour la première fois à l'âge de 10 ans et demi ; les dents permanentes étaient toutes en position, sauf les deuxième et troisième molaires supérieures et inférieures et les canines supérieures. L'opération fut ajournée jusqu'au moment où les canines temporaires seraient tombées et où les canines permanentes commenceraient à percer.

Les premières molaires supérieures furent d'abord entourées d'un ruban en maillechort nº 33 de la jauge, auquel furent soudés des tubes de 12 mm. destinés à empêcher le fil métallique de chevaucher sur les gencives quand une pression était exercée pour ramener les incisives en arrière.

Le second cas est celui d'une petite fille de 6 ans et demi, dont l'incisive supérieure centrale gauche avait fait éruption en dedans de l'incisive gauche inférieure, laquelle était un peu proéminente. Ce cas fut corrigé en cinq jours au moyen d'un ruban de maillechort nº 33.

W. M.

Gant (S. G.), ***Emploi de l'eau comme anesthésique dans certaines opérations, sur la région anale.*** (*Boston med. and Surg. J.* 10 mars 1904, p. 274.)

C'est un fait connu depuis longtemps qu'une injection sous-cutanée d'eau distillée provoque localement une perte de sensibilité ayant une durée plus ou moins considérable. Gant a utilisé ce procédé d'anesthésie un grand nombre de fois et a pu pratiquer sans aucune douleur des opérations très compliquées. (Ces opérations ont porté notamment sur la région anale : hémorrhoïdes, polypes, abcès, etc.), La technique qu'il emploie est tout naturellement celle des injections de cocaïne ; l'eau sera tiède, bouillie, et l'injection poussée lentement. La seule contre-indication est l'inflammation des tissus à anesthésier. Les avantages de cette nouvelle méthode sont l'impossibilité de l'intoxication et sa facilité d'exécution. En outre, les douleurs post-opératoires seraient moins vives qu'après emploi d'un agent anesthésique local. Peut-être des expériences dans ce sens devraient-elles être tentées dans la pratique dentaire.

H.-Ch. F.

Chompret, ***Fracture du maxillaire et responsabilité médicale.*** (*Rev. de Stomatologie,* fév. 1904.)

22 novembre 1902, extraction d'une première molaire inférieure gauche atteinte de périostite alvéolo-dentaire. Le lendemain, douleurs, œdème, trismus... puis phénomènes généraux. Le 25, adéno-phlegmon grave de la région *sous-mandibulaire* incisé le même jour. La suppuration persiste pendant plus de 3 semaines. La malade consulte alors le dentiste de l'hôpital de la Charité, qui découvre une fracture du maxillaire au niveau de la dent extraite. Elimination de séquestres. Guérison au bout de neuf mois. Action judiciaire intentée par le malade contre le dentiste qui a enlevé la molaire. L'auteur, agissant comme expert, conclut à une *fracture secondaire*, ce qui met le dentiste hors de cause.

Robin (P.), ***Odontoptose tabétique ou chute des dents consécutive à l'arthropathie alvéolo-dentaire compliquée d'infection dans le***

tabes. (*Rev de Stomatologie*, janv. et fév. 1904.)

Dans un long travail, et sous le terme un peu restreint, à notre avis, d'odontoptose, l'auteur étudie les conditions dans lesquelles se produisent et évoluent au cours du tabes les affections diverses connues sous le nom de mal perforant buccal, résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine, atrophie du maxillaire supérieur. Nous ne pouvons que reproduire les conclusions de ce travail: « L'odontoptose tabétique due à une dégénérescence du trijumeau détermine une arthropathie tropho-névrotique, qui, résorbant l'os et détruisant les ligaments, se complique toujours d'infection quand les dents subsistent. — Cette affection, plus commune chez l'homme que chez la femme, trouve son explication dans la rareté du tabes chez celle-ci et sa plus grande fréquence chez celui-là. — L'infection due au polymicrobisme buccal détermine la suppuration des alvéoles, produisant des ulcérations caractéristiques du processus infectieux frappant un terrain spécial. — La suppuration des alvéoles, ou pyorrhée alvéolaire, reste ici comme ailleurs un syndrome dû à l'infection qui complique une arthropathie diathésique. — Les perforations doivent leur origine : soit à l'ouverture du sinus par la chute des dents qui peuvent avoir leurs racines proéminentes dans sa cavité; soit à l'élimination du séquestre; soit enfin à l'ouverture de la cavité sinusienne par ostéoporose pouvant se produire en dehors de toute injection. Les perforations sont plus communes chez l'homme que chez la femme parce que le bord inférieur du sinus dépasse rarement le plancher des fosses nasales chez ces dernières. Sauf les cas de guérison de l'ataxie, l'odontoptose tabétique ne s'arrête pas; elle subit des *pannes* ; malgré cellesci, le pronostic reste toujours positif et sous la dépendance de l'infection alvéolaire. L'odontoptose tabétique doit relever du même traitement que les autres odontoptoses, la suppression de l'infection mettant la maladie en panne. Le nom de mal perforant buccal doit être remplacé par celui d'odontoptose tabétique, parce que ce dernier répond à une entité morbide pouvant prendre place dans le cadre nosologique des odontoptoses trophiques infectieuses, où se rangent déjà les odontoptoses diabétiques, arthritiques, goutteuses et séniles. »

Robin (P.), ***Application des blocs d'or à pivot pour la rétention des bridges.*** (*Rev. de Stomatologie*, mars 1904.)

L'auteur a perfectionné le procédé d'Eisen. Ce dernier (*Dental Cosmos*, nov. 1903) emploie comme moyen de rétention des appareils à pont des blocs d'or soudés au ciment dans les cavités des dents servant de points d'appui. M. Robin ajoute à ces blocs d'or un pivot profondément implanté dans la racine qui assure à ses appareils une fixité plus parfaite: c'est un procédé employé de longue date dans les obturations simples. Mais pour faciliter la préparation toujours délicate des blocs d'or, l'auteur propose de fondre l'or dans un moule en platine de la cavité à obturer; on obtient ainsi des blocs d'or faisant corps avec leur pivot, qu'il ne reste plus qu'à ajuster dans la bouche du malade, au point de vue articulation et bords. On construit le bridge sur les deux blocs d'or comme point d'appui ; on fixe ce bridge au ciment comme les autres.

Ch. F.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

Cabinets offerts.

A céder, pour *cause de santé*, ***EXCELLENT CABINET*** dans *jolie ville* des **environs** de **Paris**, *grandes commodités* de *communications*. Affaires 30 000 fr. *susceptibles d'augmentation*. Clientèle *riche, bourgeoise* et *commerçante*. *Belle installation dans maison luxueuse* : appartement de 8 pièces, 2 salons, 2 cabinets, eau, gaz, jardin, loyer 1.200 francs. A céder de suite 25.000 dont 20.000 comptant. S'adresser chez M. Bouet, 4, rue de Jarente (IVe), à Paris.

(35-B. 4)

Dans **très grande ville** du *Sud-Ouest*, **A VENDRE CABINET** faisant 30.000 fr *clientèle très fidèle, peu de frais*, **belle situation** pour *jeune diplômé*. Ecrire à M. Chosson, 10, rue Sorbier à St-Etienne (Loire).

(52-2)

OCCASION EXCEPTIONNELLE. — *Pour raisons de famille*, on céderait *CABINET DENTAIRE*. 16.000 francs d'affaires, *belle installation*, dans *grande ville* près Paris. Prix demandé 10.000 francs comptant ou 15.000 moitié comptant. — Ecrire *par poste* aux initiales G. A. E., aux soins de l'administration du journal.

(53-3)

A CÉDER Cabinet *très bien situé* sur une **grande voie** du XIe arrondissement. Moyenne des 3 dernières années 45.000 francs. Frais généraux 3.000 francs. **Conditions avantageuses**. — Ecrire *par poste* à P. P. V., aux soins de M. Martinier, 10, rue Richelieu.

(54-3)

Chirurgien-Dentiste, ayant clientèle de vingt années, augmentant sans cesse, demande pour être associé un jeune Chirurgien-Dentiste ou un jeune docteur disposant d'une vingtaine de mille francs environ. — Ecrire par poste aux initiales G. V. R., aux soins de l'administration du journal.

(55-2)

A céder APRÈS FORTUNE, dans *grande ville industrielle du Nord*, un **CABINET DENTAIRE** *établi depuis 22 ans*. Frais de fournitures : 2.000 francs par an, *loyer peu elevé*. Chiffre d'affaires : 134.000 francs en ces six dernières années. — Prix de cession à débattre. — On resterait quelque temps avec le successeur pour le mettre en relations avec la clientèle. — Ecrire *par poste* aux initiales S. A., nº 10, aux soins de l'Administration du journal.

(56-1)

A céder, dans **jolie petite ville** des **environs de Paris, CABINET DENTAIRE** *très bien situé*, **éclairage électrique.** Loyer 1.200 francs ; affaires 14-15.000 francs Prix demandé 15.000 francs, dont 3.000 comptant, le reste en 5 ans. On laisserait l'outillage et fauteuil du Cabinet ainsi que l'atelier complet. — Ecrire *par poste* aux initiales A. B. C.

(57-1)

ALGÉRIE. Très urgent. A VENDRE cabinet dentaire ayant fait 18.000 francs d'affaires prouvées en 1903, *chiffre susceptible d'augmentation*. — Prix demandé 4.000 francs comptant, *installation complète comprise*. — S'adresser à **M. Hugot**, chirurgien-dentiste, 44, avenue de Wagram, à Paris.

(58-1)

Divers.

A VENDRE pour **cause de déménagement SUPERBE FENÊTRE** à **une glace** (*faite exprès pour dentiste*) ; **1 tour américain** de **Ritter** (*à courant continu*) ; **objets mobiliers** ; le tout à **prix très réduit.** — S'adresser au concierge, 17, rue Lafayette, à Paris.

(59-1)

(Voir la suite page 578.)



Documents professionnels

COMITÉ DE PROPAGANDE DU CONGRÈS DE SAINT-LOUIS



Monsieur le Directeur du journal *L'Odontologie*,

M. le Dr Kirk, secrétaire du Congrès de Saint-Louis, nous transmet la circulaire ci-jointe en nous chargeant de la communiquer à la profession dentaire de France, selon le désir de la Commission d'organisation.

Nous vous prions, en conséquence, de vouloir bien insérer cette circulaire dans votre journal et d'agréer nos meilleurs sentiments.

Le président,
Dr E. Sauvez.

4e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Informations générales.

Le 4e Congrès dentaire international qui doit se tenir à Saint-Louis, du 29 août au 3 septembre inclusivement (1904), se réunira au Colisée, bâtiment des mieux conditionnés pour une réunion aussi nombreuse, et qui possède de telles commodités que toutes les sections du Congrès se réuniront dans une même enceinte sans se gêner mutuellement. Ce grand bâtiment est compris entre les rues Olive et Saint-Charles et les Treizième et Quatorzième Rues; il couvre une étendue de terrain de près de deux hectares (4 acres) et il y est réservé un espace de 300.000 pieds carrés aux objets exposés.

Le Colisée est un des halls les plus spacieux qui aient jamais été construits et est garanti contre tout danger d'incendie. Il renferme une grande salle de théâtre pouvant contenir 2.500 personnes et qui servira pour les assemblées générales du Congrès. Il renferme en outre dix salles de réunions offrant des commodités suffisantes pour les réunions simultanées des dix sections du Congrès; un grand hall de 9.000 pieds carrés pour les expositions, et une galerie très bien éclairée, pour les cliniques, pouvant contenir les cent fauteuils qui ont été réservés dans ce but.

En plus de ce qui précède, de nombreuses salles pour les réunions de comités, le télégraphe, le téléphone, des boîtes aux lettres, seront en permanence dans ce bâtiment et nous pensons aussi qu'il y sera installé un café très bien conditionné pendant toute la durée du Congrès.

Attenant au bâtiment, et dans la même enceinte, se trouve le Colisée proprement dit, qui peut aisément contenir 19.000 personnes assises, indépendamment de la scène, et il est probable que cette salle d'audience servira pour une des attractions du congrès, unique en son genre.

Logements.

Le Comité local d'organisation a choisi l'Hôtel Jefferson comme quartier général du Congrès dentaire. C'est un des hôtels les plus en vogue et les mieux organisés des États-Unis et il se trouve situé tout à proximité du Colisée dans la Douzième Rue. En plus de l'Hôtel Jefferson, comme quartier général, les divers hôtels de Saint-Louis suffiront amplement à tous les besoins.

Le bureau d'informations de l'Exposition possède une liste de quatre-vingt-dix-sept bons hôtels à Saint-Louis pouvant contenir 41.000 personnes pour des prix variant entre 50 cents (2 fr. 50) par jour et au-dessus pour le logement seulement, et de 1 dollar (5 fr.) par jour et au-dessus, tous frais compris, logement et nourriture. Le nombre de ces hôtels s'est encore accru pendant l'année 1903 de trente-cinq nouveaux hôtels permanents pouvant contenir 67.000 personnes, à partir de 1 dollar (5 fr.) par jour et au-dessus.

La direction de l'Exposition possède un contrat écrit avec les principaux hôtels s'engageant « à ne pas augmenter leurs prix pendant la durée de l'Exposition ». Ces prix sont actuellement moins élevés à Saint-Louis que dans toute autre ville pour le logement et le service.

La liste du bureau d'informations de l'Exposition ne comprend, dans les cent trente-deux hôtels ci-dessus mentionnés, que des hôtels de premier ordre. Il y a actuellement cent soixante-treize hôtels, grands et petits, ouverts dans la ville et il est probable que ce chiffre atteindra 250.

En plus des hôtels pouvant loger en tout plus de 200.000 personnes, le bureau d'informations de l'Exposition a une liste de pensions de famille très respectables, situées sur le trajet des tramways et pouvant loger 65.000 personnes, ainsi qu'une liste de maisons particulières disposant de chambres à louer pour 20.000 personnes. Dans tous les quartiers de la ville ces maisons sont à la disposition de ceux qui préfèrent

le calme à la foule et aux repas pris dans les restaurants. Il y a à Saint-Louis quatre cent quatre-vingt-cinq restaurants réputés pour leur bonne nourriture, leur propreté, leur service parfait et leurs prix modérés ; vingt d'entre eux peuvent pourvoir aux besoins de 40.000 clients.

Saint-Louis et ses environs.

Le climat de Saint-Louis est tempéré en été et délicieux au printemps et en automne. La température à prévoir pour les visiteurs de l'Exposition de Saint-Louis est indiquée par « la température normale relevée d'après les prévisions du bureau météorologique » des États-Unis. Cette température normale est la moyenne de la température à Saint-Louis pendant les trente-trois dernières années.

La température moyenne est la suivante :

Mai, 32 degrés.
Juin, 35 degrés.
Juillet, 37 degrés.
Août, 36 degrés.
Septembre, 33 degrés.
Octobre, 27 degrés.
Novembre, 21 degrés.

On peut constater comment la température suit actuellement la normale en examinant la température moyenne de chaque mois relevée par le bureau météorologique de Saint-Louis pendant l'année écoulée. Cette température est :

Pour mai, 34 degrés.
Juin, 35 degrés.
Juillet, 37 degrés 1/2.
Août, 36 degrés.
Septembre, 31 degrés.
Octobre, 29 degrés.
Novembre, 29 degrés 1/2.

Le temps est particulièrement agréable à Saint-Louis pendant les mois d'octobre et de novembre. C'est l' « été Indien » des États du centre.

Saint-Louis est la plus centrale et la plus accessible des quatre grandes villes des États-Unis. Vingt-sept réseaux de chemins de fer y aboutissent, sans compter les paquebots du Mississipi qui y débarquent du nord et du sud.

Des tarifs spéciaux pour les chemins de fer et les bateaux seront offerts pendant toute la durée de l'Exposition comme suit :

Billets de saison pour 80 0/0 du double du prix d'un billet simple, valables jusqu'au 15 décembre.

Pour soixante jours, prix d'un billet simple, plus 1/3, non valables après le 15 décembre.

Pour dix jours, prix d'un billet simple, plus deux dollars, pour une distance de 250 milles de Saint-Louis (400 kilomètres).

Pour quinze jours, prix d'un billet simple, plus deux dollars, pour une distance de plus de 250 milles de Saint-Louis (400 kilomètres).

Saint-Louis occupe, par sa population qui est de 750.000 habitants, e quatrième rang parmi les villes des Etats-Unis. Cette ville offre des

attractions toutes particulières aux amateurs de la nature, de la science et de l'histoire, etc. Elle possède vingt-quatre jardins publics couvrant une superficie de plus de 1.100 hectares.

L'emplacement de l'Exposition est situé à 8 kilomètres du Mississipi sur la rive gauche et l'on y arrive très rapidement et très facilement par les tramways à vapeur et électriques. On arrive en plein centre de la ville par une des gares les plus vastes du monde entier; vingt voies y aboutissent parallèlement les unes aux autres.

La plupart des hôtels, excepté ceux qui sont compris dans l'enceinte même de l'Exposition, sont à dix minutes en voiture de cette gare qui se trouve en plein centre du quartier commerçant. Des tramways pour le prix de 25 centimes relient la gare aux principaux hôtels, et le service des bagages, des fiacres et des omnibus est des mieux conditionnés.

Presque tous les membres du 4e Congrès dentaire international voudront voir l'Exposition. Le Comité local d'organisation a déjà organisé une journée spéciale pour les congressistes et il sera veillé à ce que les occasions ne manquent pas pour les congressistes de se distraire en visitant la plus vaste de toutes les expositions.

Visiteurs étrangers.

D'importants préparatifs sont faits pour la réception la plus cordiale de tous les membres qui assisteront au Congrès dentaire. Le Comité général de réception, aidé par le Comité local, fait tous ses efforts pour pourvoir au confort de tous les visitieurs. Le Dr D. O. M. Le Cron, Missouri Trust Building, Saint-Louis, président du Comité local permanent et du bureau d'informations, sera heureux de répondre à toute demande concernant les logements, pour ceux qui désirent les retenir à l'avance. Un sous-comité de ce Comité général de réception a été nommé pour aller à la rencontre de ceux qui viendront d'Europe ou de toute autre partie du monde et pour leur donner tous les renseignements qu'ils désireront, ainsi que pour s'occuper des détails de leur transport du port d'arrivée jusqu'à Saint-Louis. Ces comités donneront tous les renseignements désirables pour les hôtels, les tramways, etc. Ces sous-comités sont les suivants, pour les principaux ports d'entrée :

New-York. — Drs W. C. Deane, 114 E. 60 th Street, et Gladstone Goode, 35, W. 46 th Street.

Philadelphie. — Drs J. D. Thomas, 1122 Walnut Street; Joseph Head, 1.500 Locust Street; Julio Endelmann, S. E. cor. Twelfth and Chestnut streets.

San Francisco. — Drs H. P. Carlton, 62 Crocker Bldg, et P. D. Gaskill, Crocker Bldg.

La Nouvelle-Orléans. — Drs J. J. Sarrazin, Godchaux Bldg., et R. H. Welch, Godchaux Bldg.

Baltimore. — Drs Cyrus M. Gingrich, 608 St-Paul street, W. G. Foster, 813 N. Eutaw street et B. Holly Smith, 1007 Madison Avenue.

Dans d'autres villes, qui ne sont pas des ports d'entrée, mais qui pourront être visités par les étrangers, les membres des comités suivants fourniront tous les renseignements désirables :

Buffalo. — Drs F. E. Howard, 331 Franklin Street; C. W. Stainton, 47 N. Pearl street; S. Eschelman, 421 Franklin Street.

Chicago. — Drs T. L. Gilmer, 31 Washington Street; J. W. Wassall, 92 State Street; W. V. B. Ames, 31 Washington Street.

Saint-Louis. — Dr W. Conrad, 3666 Olive Street (président du Comité local de réception et d'organisation).

Washington. — Drs H. C. Thompson, 1113 Pennsylvania avenue; N, W. W. E. Dieffenderfer, 616 Twelfth Street; Wm Donnally, 1118 Fourteenth street, N. W. et W. N. Cogan, « The Sherman ».

L'itinéraire suivant a été choisi pour les délégués étrangers qui désirent faire l'excursion aller et retour de New-York à Saint-Louis.

En arrivant à New-York, l'occasion s'offrira, pour tous ceux qui le désireront, de visiter cette métropole de l'Amérique.

Départ de New-York par la Compagnie du N. Y. Central et de la rivière d'Hudson par train spécial, pulmann et wagon-lit si le nombre des voyageurs atteint 150, sinon par train ordinaire, à 9 heures du matin environ. Sur le parcours se trouvent la superbe rivière de l'Hudson, le Rhin de l'Amérique, les Palissades, l'Académie militaire de West Point (qui, selon le prince Henri, est la plus belle Ecole militaire du monde entier) et le fameux Catskills sur la rive gauche; à droite, Peekskill, Garrisson, Rhinecliff, Poughkeepsie et Hudson, et de là à Albany, la capitale de l'Etat d'Empire.

D'Albany, on traverse le Mohawk, puis la vallée de la Mohawk, un des points de vue les plus pittoresques et les plus charmants de l'Amérique et l'un des coins rappelant le plus grand nombre d'événements historiques; de là, on traverse Schenectady, Little Falls, Utica, Rome et Syracuse.

De Syracuse, la route longe le canal Erie (sur lequel l'Etat de New-York dépense actuellement près de 100 millions de dollars pour des agrandissements), puis on traverse Lyons, Newark et Palmyra, cités prospères de 15 à 20 mille habitants chacune; puis, Rochester, une des plus importantes cités intérieures de la région, mais qui est surtout intéressante à cause des chutes de Genesee dont la pente est une des plus rapides du continent américain.

De Rochester, la route traverse une des régions de la côte de l'Atlantique la plus fertile en fruits, en passant par Byron, Batavia, Depew, pour arriver à Buffalo, ville la plus importante du monde pour l'électricité, vers 7 heures du soir, pour passer la nuit à l'hôtel Iroquois, un des plus beaux de l'Amérique.

Une excursion sera faite le lendemain aux chutes du Niagara, toujours si merveilleuses à voir, à 32 kilomètres de là, pour rentrer dîner à Buffalo et coucher à l'hôtel Iroquois.

Départ de Buffalo le lendemain à 8 heures du matin par la ligne du « Lake Shore and Michigan Southern » réputée comme la plus rapide des Etats-Unis. C'est celle qui, le 4 octobre 1895, a obtenu le record de la vitesse sur une longue distance, pour le parcours de la distance phénoménale de 821 kilomètres en 470 minutes, c'est-à-dire une moyenne de 105 kilomètres à l'heure.

Cette route longe le Lac Erie, en passant par Dunkirk, Asthabula,

Cleveland, Toledo, Fort Wayne et Elkhart, pour aboutir à Chicago, où l'on arrive à 9 heures du soir. La journée suivante sera employée à visiter cette merveilleuse ville.

Départ de Chicago à 10 heures du matin ou à 10 heures du soir par la ligne de « *Chicago and Alton* » qui longe pendant les 60 premiers kilomètres le grand canal de drainage de Chicago, travail qui surpasse en magnificence et en difficulté la construction du canal de Suez ; de là on passe à Joilet et Springfield, capitale de l'Illinois et dernière demeure d'Abraham Lincoln ; on arrive à Alton, et enfin Saint-Louis à 6 heures du soir ou à 7 heures du matin, selon que le départ de Chicago aura eu lieu le matin ou le soir.

A Saint-Louis, l'hôtel Jefferson a été choisi comme quartier général du Congrès ; ses prix sont de 7 à 10 dollars par jour (35 à 50 fr.), y compris les bains pour une, deux ou trois personnes dans la même salle. Il sera nécessaire de ne pas réserver ses places plus tard que le 1er août. Ceux qui désirent des logements à des prix plus modérés peuvent se les procurer à proximité du lieu des réunions en s'adressant à l'avance au Dr D.O.M. Le Cron, Missouri Trust Building, Saint-Louis.

Pour le retour, départ de Saint-Louis par le « Pennsylvania Railway » en passant par Terre Haute, Indianopolis, Springfield, Columbus, Pittsburg et Harrisburg ; de là on passe à Washington, la capitale des Etats-Unis où des privilèges spéciaux ont été réservés à ceux qui désireront passer un moment à visiter cette admirable et intéressante cité américaine.

De Washington, on se rend à Baltimore et à Philadelphie, où des privilèges spéciaux ont également été réservés, et de là à New-York.

Le prix de ce voyage circulaire, non compris les sleeping cars ni la nourriture, est de 32 dollars 35 (environ 165 fr. 35). Des arrangements spéciaux ont été faits pour ceux qui désireront revenir de Saint-Louis par les lignes du Big-Four, du Lake Shore, du Michigan Southern et du New-York Central.

Ceux qui désirent profiter de cet itinéraire sont priés de communiquer avec le Dr Deane ou le Dr Goode, du Comité de réception de New-York, en les prévenant l'un ou l'autre de la date d'arrivée et du nom du paquebot.

Admission des membres au Congrès.

L'admission des membres au 4e Congrès dentaire international est soumise au règlement ci-dessous, présenté par le Comité chargé de la nomination des membres et approuvé par le Comité d'organisation :

1° Tous les praticiens honorables de la chirurgie dentaire ou buccale qui ont droit au titre de membre d'une Association dentaire locale ou de district ou d'Etat représentatif où ils résident peuvent être admis comme membres du Congrès ;

2° Les Comités de conférence d'Etat, en Amérique, et les Présidents nationaux de chaque pays étranger ont le droit de recevoir la cotisation des membres qui, ainsi que la demande d'admission, devra être adressée au président du Comité des finances, le Dr C.-S. Butler, 680,

Main Street, Buffalo, New-York, qui enverra aussitôt le certificat officiel conférant le titre de membre du Congrès ;

3° Si quelque différence d'opinion se produisait dans les Comités d'Etat ou les Comités nationaux, quant à l'éligibilité d'un postulant au titre de membre, la question serait soumise au Comité chargé de nommer les membres du Congrès;

4° Les femmes et les enfants des membres du Congrès peuvent être admis sur une requête spéciale et avec le consentement du Comité chargé de nommer les membres du Congrès;

5° Une cotisation de dix dollars sera payée par chaque membre, et chaque personne dont le nom paraîtra sur le programme pour une clinique ou une communication devra être membre payant du Congrès.

Signé : J.-D. PATTERSON.
Président du Comité de nomination des membres
Kansas City — Mo.

Le titre de membre du Congrès donnera droit de discuter sur les communications et de voter sur toutes les questions que le Congrès aura à trancher.

Les membres pourront également participer à toutes les manifestations sociales du Congrès; ils auront droit aux médailles et aux insignes du Congrès ; à un exemplaire des volumes complets des comptes rendus, qui seront probablement au nombre de 4, de 500 pages chacun environ. D'après les travaux qui on déjà été envoyés, il est probable que ces comptes rendus seront l'exposé le plus complet qui ait jamais été publié sur l'art dentaire moderne. Cet ouvrage sera envoyé à chaque membre, qu'il ait été ou non présent au Congrès.

Afin d'éviter toute confusion et tout surcroît de travail au dernier moment, ceux qui ont l'intention de se faire inscrire comme membres du Congrès sont priés d'envoyer leur demande tout de suite, afin de donner le temps de réparer toute erreur qui pourrait se produire.

Toutes les communications de nature scientifique doivent être soumises à l'approbation du Comité des communications avant l'acceptation finale qui leur donnera droit à une place au programme. Toutes les communications du programme du Congrès, venant de l'étranger, devront recevoir l'approbation du Comité national des pays respectifs d'où elles émanent avant de pouvoir être acceptées par le Comité des communications du Congrès.

Chaque communication devra être accompagnée d'un résumé donnant la substance de la communication en abrégé et qui devra être entre les mains du Comité des communications trente jours avant l'ouverture du Congrès, afin d'en permettre la traduction et l'impression avant le Congrès et de lui assurer une place sur le programme officiel.

En conséquence, les communications, titres et résumés doivent être envoyés au Dr Wilbur F. Litch, 1.500 Locust Street, Philadelphie, Pa. ou au secrétaire du Comité d'organisation.

Cliniques.

Tous ceux qui ont l'intention de faire des démonstrations cliniques doivent communiquer avec le Dr J.-P. Gray, 214 N. Spruce Street, Nashville, Tenn, président du Comité de cliniques, qui fera les arrangements nécessaires et fournira, autant qu'il sera possible, les patients demandés. L'approbation de ces démonstrations cliniques est soumise aux mêmes règlements que les communications orales et toutes les dispositions devront être prises pour ces démonstrations avant le 1er août afin qu'il soit pourvu à l'emplacement et qu'elles puissent être marquées au programme.

Expositions.

Toutes les expositions techniques relatives à l'art dentaire seront organisées par le président du Comité des expositions, le Dr D.-M. Gallie, 100 State Street, Chicago, Ill., U.S.A. à qui l'on doit s'adresser pour l'emplacement.

Toutes les expositions relatives à l'enseignement dentaire seront organisées, sur demande, par le Dr Truman W. Brophy, Marshall Field Building, Chicago, Ill., président de la section IX : Education, Nomenclature, Littérature et Histoire.

Prix.

Le Comité d'organisation offre deux prix : une superbe médaille d'or pour le meilleur essai sur un sujet dentaire et une médaille similaire pour la meilleure exposition archéologique illustrant le développement de l'art dentaire.

Toutes les communications en compétition pour la médaille d'or doivent être adressées au Dr James Truman, 4.505 Chester Avenue, Philadelphie, Pa., président du Comité chargé de décerner les prix, sans y joindre le nom de l'auteur, en y mettant une marque ; ces communications devront être accompagnées d'une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur et marquée à l'extérieur du signe qui marque la communication.

Le Comité, après avoir décidé du mérite respectif de ces communications et après avoir choisi celle qu'il jugera digne de mériter la médaille, ouvrira l'enveloppe portant le duplicata du signe et annoncera le nom de l'auteur. Les autres communications seront détruites incognito six mois après la clôture du Congrès, à moins que leurs auteurs ne les aient réclamées pendant ce laps de temps. Ou bien, au choix des auteurs, les travaux en compétition qui n'auront pas mérité la médaille pourront être soumis au Comité des communications pour être présentés au Congrès.

L'essai médaillé sera publié dans les comptes rendus du Congrès.

Le prix de l'exposition archéologique sera décerné par un Comité nommé spécialement dans ce but. Toutes les expositions devant concourir pour cette médaille seront gardées par le président du Comité des expositions, Dr D. M. Gallie, 100 State Street, Chicago, Ill.

Médaille.

Le Comité d'organisation a autorisé la frappe d'une médaille de bronze en commémoration du 4e Congrès dentaire international. Ce superbe souvenir devra être dans la possession de tous les membres du Congrès, car il n'a pas seulement la valeur intrinsèque d'un superbe objet d'art, mais il leur rappellera le plus grand Congrès de dentistes qui se soit jamais réuni. L'illustration est une reproduction du croquis de l'auteur et est digne d'une étude attentive.

Au recto de la médaille, le portrait de Sainte-Apolline, qui a été choisie pour personnifier l'art dentaire, se prête particulièrement bien non seulement au but symbolique, mais aussi au but artistique. Le dessin original, dont l'illustration est reproduite plus haut, est un travail artistique de grand mérite et de grande beauté. Le symbolisme du revers de la médaille a été amplement étudié et aura sûrement l'approbation générale.

Le caractère universel et international du mouvement congressiste est exprimé par les divisions continentales du monde. Les dates associées au sommet du dessin sont celles qui embrassent l'histoire de la profession dentaire. Entre les divisions continentales, tombe gracieusement une bande sur laquelle doivent être inscrits les noms des pères reconnus de l'art dentaire dans tous les pays, chaque comité national étant prié de désigner le nom ou les noms devant représenter son pays respectif. La pose de l'aigle représente les auspices sous lesquels doit se tenir le Congrès et la branche de palmier est le tribut d'honneur de la profession américaine aux pères de l'art dentaire.

L'exécution des médailles a été confiée au graveur le plus expert d'Amérique. Le dessin est en haut relief et la médaille sera frappée en bronze et aura environ 6 centimètres de diamètre. Ce sera sous tous rapports un travail d'art fini et un souvenir intéressant de la grande réunion qu'il personnifie.

Cette médaille sera fournie seulement à ceux qui en feront la demande avant le Congrès, car le nombre que l'on en frappera sera limité à celui des souscriptions. Le prix de la médaille sans écrin est de 5 dollars (25 fr.). Des écrins seront fournis à des prix variés, suivant la qualité.

Ceux qui désirent retenir une de ces médailles commémoratives devront envoyer le montant de leur souscription au Dr Chas. S. Butler, président du Comité des finances, 680 Main Street, Buffalo, et la médaille lui sera envoyée avant l'ouverture du Congrès. Aucune médaille ne pourra être fournie en dehors du nombre pour lequel il aura été souscrit.

État actuel de l'organisation.

Le président du Comité d'organisation, par l'intermédiaire du sénateur Depew, a obtenu du secrétaire d'État, M. John Hay, la promesse de faire parvenir par nos ambassadeurs et nos représentants à l'étranger une invitation au nom de notre gouvernement à tous les gouvernements avec lesquels les Etats-Unis sont en relations diplomatiques

pour les engager à envoyer un délégué officiel au Congrès et le secrétaire a reçu l'avis que ces invitations avaient été envoyées.

Plus de vingt nations ont témoigné leur intention de prendre part à ce grand Congrès. 1.500 membres de comités sont actuellement occupés à préparer le succès de cette réunion. Chaque État et chaque Territoire des États-Unis ont un Comité d'État activement occupé à travailler au développement de tous les détails du Congrès au point de vue local. Nous sommes donc presque assurés d'un nombre considérable de membres qui dépassera pour ce 4e Congrès dentaire international celui de toutes les autres réunions dentaires tenues jusqu'à ce jour.

Le nombre et la nature des communications déjà préparées, le nombre et la nature des démonstrations cliniques, l'importance des expositions surpasseront à tous points de vue tout ce qui s'est fait dans les précédentes réunions dentaires. Le travail qui a été accompli par le Comité d'éducation, de législation et d'histoire dentaire constituera pour ces diverses branches la contribution la plus étendue qui leur ait jamais été fournie.

L'organisation des fêtes et réceptions sera également des plus soignées et leur importance sera proportionnée à celle de cette immense réunion et il sera accordé à cette partie du programme autant de temps que le permettront les questions plus sérieuses du Congrès.

Le succès du 4e Congrès dentaire international est maintenant assuré et, jugée à tout point de vue ; non seulement cette réunion exposera de la façon la plus complète les développements récents de la science et de l'art dentaires, mais elle fournira un enseignement libéral de l'art dentaire, dont aucun praticien, partisan du progrès, ne devra manquer de profiter.

Un certain nombre d'interprètes ont été retenus pour aider ceux de nos visiteurs qui ne sont pas familiarisés avec la langue anglaise.

Edward C. Kirk,
Secrétaire du Comité d'organisation.

(Suit la composition du Comité d'organisation qui a été publiée dans *L'Odontologie* du 15 mars 1904, page 239, et à laquelle nous renvoyons le lecteur).

Comité d'organisation locale et d'États.

Président : J. A. Libbey, 524 Penn Avenue, Pittsburg, Pa.

Le Comité d'organisation locale et d'États est un Comité nommé par le Comité d'organisation du 4e Congrès dentaire international dans le but de servir les intérêts du Congrès dans les différents États des États-Unis. Chaque membre du Comité est chargé de recevoir les demandes d'inscription de membre du Congrès, suivant les règles établies par le Comité de nomination des membres et approuvées par le Comité d'organisation. Ces règles stipulent « que le droit d'inscription » comme membre du Congrès sera conféré à tous les praticiens dentistes » honorables et légalement qualifiés ». Le titre de membre d'une Société

locale ou d'État n'est pas suffisant pour donner droit au titre de membre du Congrès.

Tous les présidents d'État, dont la liste est ci-dessous, sont pourvus de feuilles de demandes officielles en blanc et sont autorisés à accepter la cotisation de 10 dollars de tous les souscripteurs éligibles de leur Etat. Le président d'Etat devra faire parvenir sans délai cette cotisation et la demande officielle revêtue de sa signature au président du Comité des finances, qui enverra le certificat officiel conférant le titre de membre du Congrès. Aucune demande d'un Etat quelconque ne sera acceptée par le président du Comité des finances à moins qu'elle ne soit approuvée par le président d'Etat dont la signature sera une attestation de l'éligibilité, conformément au règlement.

Un certificat de membre du Congrès conférera au possesseur tous les privilèges du Congrès, droit de discuter, de voter sur toutes les questions que le Congrès aura à trancher. Il donnera également droit à un exemplaire des comptes rendus officiels et à tous les divertissements qui seront organisés pendant la durée du Congrès.

Les présidents d'États déjà nommés sont :

Président général. — J. A. Libbey, 524 Penn Ave., Pittsburg, Pa.

Etats.

Alabama. H. Clay Hassell.
Arkansas. W. H. Buckley.
California. J. L. Pease.
Colorado. H. A. Fynn, 500 California Bldg., Denver.
Connecticut. Henry McManus, 80 Pratt St., Hartford.
Delaware. C. R. Jeffries, New Century Bldg., Wilmington.
District of Columbia. W. N. Cogan, The Sherman, Washington.
Florida. W. G. Mason, Tampa.
Georgia. H. H. Johnson, Macon.
Idaho. J. B. Burns, Payette.
Illinois. J. E. Hinkins, 131 E. 53d St., Chicago.
Indiana. H. C. Kahlo, 115 E. New York St., Indianapolis.
Iowa. W. R. Clark, Clear Lake.
Kansas. G. A. Esterly, Lawrence.
Kentucky. H. B. Tileston, 314 Equitable Bldg., Louisville.
Louisiana. Jules J. Sarrazin, 108 Bourbon St., New Orléans.
Maine. H. A. Kelley, 609 Congress St., Portland.
Maryland. W. G. Foster, 813 Eutaw St., Baltimore.
Massachusetts. M. C. Smith, 3 Lee Hall, Lynn.
Michigan. G. S. Shattuck, 539 Fourth Ave., Detroit.
Minnesota. C. A. Van Duzee, 51 Germania Bank Bldg., St-Paul.
Mississippi. W. R. Wright, Jackson.
Missouri. J. W. Hull, Altman Bldg., Kansas City.
Nebraska. H. A. Shannon, 1136 "O" St., Lincoln.
New Hampshire. E. C. Blaisdell, Portsmouth.
New Jersey. Alphonso Irwin, 425 Cooper St., Camden.
New York. B. C. Nash, 142 W. 78th St., New York City.
North Carolina. C. L. Alexander, Charlotte.

Ohio. Henry Barnes, 1415 New England Bldg., Cleveland.
Oklahoma. T. P. Bringhurst, Shawnee.
Oregon. S. J. Barber, Macleay Bldg., Portland.
Pennsylvania. H. E. Roberts, 1516 Locust St., Philadelphia.
Rhode Island. D. F. Keefe, 315 Butler Exchange, Providence.
South Carolina. J. T. Calvert, Spartanburg.
South Dakota. E. S. O'Neil, Canton.
Tennessee. W. P. Sims, Jackson Bldg., Nashville.
Texas. J. G. Fife, Dallas.
Utah. W. L. Ellerbeck, 21 Hooper Bldg., Salt Lake City.
Vermont. S. D. Hodge, Burlington.
Virginia. F. W. Stiff, 2101 Churchill Ave., Richmond.
Washington. G. W. Stryker, Everett.
West Virginia. H. H. Harrison, 1141 Main St., Wheeling.
Wisconsin. A. D. Gropper, 401 E. Water St., Milwaukee.

Pour le Comité d'organisation :

EDWARD C. KIRK, *secrétaire.*

RÉUNION DU COMITÉ D'ORGANISATION.

A une réunion du Comité d'organisation du 4e Congrès dentaire international, tenue à St-Louis, le 9 avril 1904, la décision suivante a été prise :

D'après l'entente conclue à la dernière réunion du Comité, tenue à Washington, le 23 février 1904, aux termes de laquelle un Comité chargé de nommer les officiers du Congrès serait élu à la prochaine réunion du Comité, le Dr M. F. Finley a fait la proposition suivante :

« Qu'un Comité de nominations soit élu à cette époque dans le but de proposer les noms des officiers à nommer pour le Congrès et que les Drs A. H. Peck et W. E. Boardman, représentant le Comité de la National Dental Association et les Drs M. R. Windhorst et Wm. Conrad, représentant le Comité de la Fédération dentaire internationale soient constitués en Comité de nomination pour présenter les nominations des officiers du 4e Congrès dentaire international et que ces nominations soient présentées à la réunion actuelle du Comité d'organisation. »

Cette proposition a été adoptée à l'unanimité et les Drs A. H. Peck, W. E. Boardman, M. R. Windhorst et Wm. Conrad ont été élus membres du Comité de nomination.

A une séance suivante, le Comité de nomination a présenté le rapport suivant :

Votre Comité a l'honneur de vous soumettre les nominations suivantes comme officiers du 4e Congrès dentaire international :

Président. — H. J. Burkhart, Batavia, N. Y.

Présidents honoraires. — James Truman, Philadelphie, Pa., A. H. Fuller, St-Louis, Mo., G. V. Black, Chicago, Ill., Thomas Fillebrown, Boston, Mass., S. G. Perry, New York, N. Y., Gordon White, Nashville, Tenn., E. T. Darby, Philadelphia, Pa., A. W. Harlan, Chicago, Ill., James McManus, Hartford, Conn., W. W. Walker, New York, N. Y. J. N. Crouse, Chicago,

Ill., G. A. Bowman, St-Louis, Mo., H. A. Smith, Cincinnati, O. T. W. Brophy, Chicago, Ill., Wm. Jarvie, Brooklyn, N. Y. Wm. Conrad, St-Louis, Mo., M. R. Windhorst, St-Louis, Mo., S. H. Guilford, Philadelphie, Pa., J. D. Patterson, Kansas City, Mo., C. C. Chittenden, Madison, Wis., Wm. Carr, New York, N. Y., E. H. Smith, Boston, Mass., M. H. Cryer, Philadelphie, Pa., E. A. Bogue, New York, N. Y. V. E. Turner, Raleigh, N. C. A. L. Northrop, New York, N. Y.

Vice-Présidents. — A. H. Thompson, Topeka, Kans., J. G. Reid, Chicago, Ill., George Fields, Detroit, Mich., D. O. M. Le Cron, St-Louis, Mo., Garrett Newkirk, Los Angeles, Cal., R. Ottolengui, New York, N. Y. R. M. Sanger, East Orange, N. J., D. N. Rust, Washington, D. C., N. S. Hoff, Ann Arbor, Mich., L. P. Bethel, Columbus, O. Jules J. Sarrazin, New Orleans, La., C. L. Alexander, Charlotte, N. C., C. H. Darby, St-Joseph, Mo., B. C. Nash, New York, N. Y. G. S. Vann, Gadsden, Ala., B. F. Luckey, Paterson, N. J. E. R. Warner, Denver, Colo., Wm. Donnally, Washington, D. C., Frank Holland, Atlanta, Ga., C. A. Meeker, Newark, N. J., W. P. Dickinson, Minneapolis, Minn., E. K. Wedelstaedt, St-Paul, Minn., Adam Flickinger, St-Louis, Mo., V. H. Jackson, New York, N. Y. J. M. Whitney, Honolulu, Hawai., B. Holly Smith, Baltimore, Md., Louis Ottofy, Manila, P. I., C. M. Gingrich, Baltimore, Md., H. B. Tileston, Louisville, Ky., Wm. Crenshaw, Atlanta, Ga., J. F. Dowsley, Boston, Mass., J. W. David, Corsicana, Texas., Geo. E. Hunt, Indianapolis, Ind.

Secrétaire général. — Edward C. Kirk, Philadelphie, Pa.

Trésorier. — M. F. Finley, Washington, D. C.

Comité devant nommer les Présidents honoraires et les Vice-Présidents pour les pays étrangers. — Edward C. Kirk, Philadelphie, Pa., Edward H. Angle, St-Louis, Mo., Wilbur F. Litch, Philadelphie, Pa.

(Signé) A. H. Peck,
Waldo E. Boardman,
Wm. Conrad,
M. R. Windhorst,

Le rapport ci-dessus a été adopté à l'unanimité.

La liste ci-dessus est nécessairement incomplète et sujette à des corrections futures dépendant des acceptations individuelles et de l'addition de nouveaux noms. Dans sa forme présente elle représente la liste des nominations corrigée jusqu'au jour de cette publication.

Edward C. Kirk, secrétaire du Comité d'organisation.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8 francs.**
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'Administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

Emplois demandés.

11 **OPÉRATEUR très sérieux**, 35 ans, demande **GÉRANCE** d'un **Cabinet** avec au besoin *promesse d'achat*; **Paris** ou **Province**. — Ecrire *par poste* H. 158. C., aux soins de l'administration du journal. **(38-4)**

---

12 *MÉCANICIEN DENTISTE*, 23 ans, ayant 5 ans de pratique, parlant *italien* et *allemand, demande place, prétentions modestes.* — Ecrire *par poste* aux initiales E. R., aux soins de l'administration du journal. **(51-4)**

Emplois offerts.

13 **On cherche** pour un **EXCELLENT CABINET, belle installation,** existant depuis 9 ans, affaires 8.000 fr., loyer 780, *clientèle bourgeoise et commerçante*, un **ASSOCIE** avec un apport de 2.000 fr., ou un **ACQUEREUR** au prix de 5.000. Le chiffre d'affaires peut être doublé. — S'adresser à M. Frenkel, 59, rue de Chaillot, à Paris. **(39-B-4)**

---

14 **On demande** un **OPÉRATEUR**, *si possible sachant l'anglais,* pour **gérer un cabinet dentaire** dans une *station balnéaire* pendant la *saison d'été.* Appointements 250 à 350 francs par mois, plus un tant pour cent sur les affaires. — Ecrire *par poste* aux initiales B. P. S., aux soins de l'Administration du journal. **(60-1)**

Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

La plupart du temps les confrères qui usent de nos « DEMANDES ET OFFRES » *désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à cette transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées* aucune sorte de responsabilité.

L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir **par la poste** *avec l'adresse ainsi libellée:* M. (initiales indiquées) *aux soins de M. Papot. Il les rend au facteur*, sans les ouvrir, *après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.*

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.



M. NOEL

On annonce la mort de M. Gaston Noël, chirurgien-dentiste à Nancy, décédé le 28 mai à l'âge de 43 ans.

Il avait été élève à l'École dentaire de Paris et il était membre de l'Association générale des dentistes de France. Son père a été un des membres fondateurs de l'École.

Nous prions sa famille d'agréer l'expression de nos regrets.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an, } **dans 24 numéros.**
Lignes en sus : 10 fr. la ligne }

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS, **TÉLÉPHONE 214.53.**

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre. **149 élèves** reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens des deux sessions 1903 : 40 élèves reçus sur 50 élèves. **Les 4/5 du cours de 1901, 1902 et 1903 reçus.** Envoi des noms et adresses des diplômés.

Préparation spéciale par le Docteur **Achille LOMBARD** O. ■ C. ✻. ancien Secrétaire du Jury de la Sorbonne, 3, boulevard Sébastopol, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

DENTS XX[e] SIÈCLE

D[r] Carlier, seul concessionnaire pour la France, 61, rue de Flandre, PARIS.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214.53.**
Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, **TÉLÉPHONE 218.69.**
Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, *près la Bourse,* PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**
Mamelzer et fils, 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉLÉPHONE 306.77.**
H. Ningler et **Lemesle,** 12, rue des Immeubles industriels.

Reymond frères {
22, rue Le Peletier, PARIS. **TÉLÉPHONE 312.91.**
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

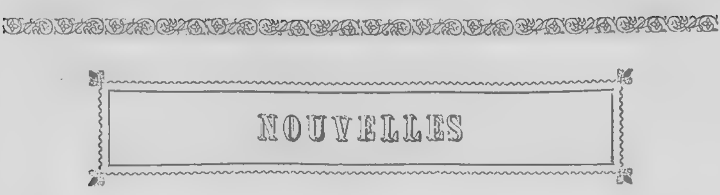
Victor Simon et C[ie], 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPHONE 223.04.**

Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris. **TÉLÉPHONE 214.47.** Adr. télég. : Sociédents. } *Grande exposition,* au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

V[ve] J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPHONE 923.48.**

(Voir la suite page 584.)



On nous communique la lettre suivante, que nous sommes heureux d'insérer, en invitant nos lecteurs à se rendre en grand nombre au Congrès de Grenoble. Ils auront ainsi l'occasion de visiter une des contrées les plus pittoresques et les plus agréables de la France.

Congrès de l'AFAS. — Grenoble, 4 au 11 aout 1904.
Section d'Odontologie.

Un grand nombre de confrères ont envoyé leur adhésion pour le Congrès de Grenoble, et un certain nombre se sont déjà fait inscrire pour des communications ou des démonstrations très intéressantes.

La liste des adhérents et la liste des rapporteurs, ainsi que celle des questions traitées, seront publiées incessamment; nous serions donc très reconnaissants aux confrères qui désirent faire partie de ce Congrès de se faire inscrire le plus tôt possible et d'envoyer leur adhésion au président de la Section d'Odontologie, M. le Dr Pont, 9, rue Président-Carnot, à Lyon.

A côté de la partie scientifique du Congrès, nos confrères de Grenoble ont tous promis leur gracieux concours au Dr Pont, et ils organiseront spécialement pour les congressistes de notre section, une excursion dans un des coins les plus renommés des Alpes dauphinoises, le col du Lautaret.

Dr Pont.

P.-S. Les confrères qui se sont fait inscrire pour des communications sont priés d'envoyer les conclusions de leurs travaux le plus tôt possible au Dr Pont.

Congrès de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands.

Le 45e Congrès annuel de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands s'est tenu à Strasbourg du 24 au 26 mai. De nombreuses communications orales de MM. Witzel, Port, etc., ainsi que de nombreuses démonstrations pratiques, y ont été faites.

Société de mécaniciens-dentistes.

Les mécaniciens-dentistes de Munich ont fondé une société à la suite d'une réunion tenue le 6 mai.

Chirurgiens-dentistes militaires coloniaux.

Le service de santé du Ministère de la Guerre de Prusse a informé la Fédération dentaire allemande qu'un chirurgien-dentiste militaire est nécessaire pour les troupes coloniales de l'Afrique du Sud-Ouest. Les conditions sont les mêmes que pour le dentiste de la brigade d'occupation de Chine.

Soins dentaires aux militaires.

L'Administration militaire prussienne a exprimé le désir à la Fédération dentaire allemande de voir des chirurgiens-dentistes s'établir dans un certain nombre de villes de garnison de la Prusse orientale et de la Prusse rhénane qui en sont dépourvus.

*
* *

L'inspecteur général du service de santé de l'armée de la République Argentine a adressé aux chefs de corps une circulaire dans laquelle, entre autres conseils d'hygiène dont l'observation s'impose avec la plus grande sévérité, il recommande de prescrire à tout soldat d'avoir sa bouche en bon état.

Ecole pour les maladies de la bouche.

Le 7 novembre prochain sera ouverte, à l'Université de Gênes, une école pratique pour les maladies de la bouche. Y seront enseignées la clinique buccale, la technique opératoire, la prothèse buccale, la bactériologie buccale et la pathologie buccale.

La durée des cours est d'un an et l'enseignement est exclusivement réservé aux médecins.

La direction de l'établissement est confié au Dr Giuria, professeur à l'Université de Gênes, membre de la Commission d'enseignement de la F. D. I.

Réorganisation des études odontologiques en Italie.

Sur la proposition du ministre de l'Instruction publique, une commission a été nommée pour étudier la réorganisation des études odontologiques et la réglementation de l'exercice de l'art dentaire.

Société des chirurgiens-dentistes de garnison.

Un comité d'initiative a pris en mains la création en Allemagne d'une Société de chirurgiens-dentistes de garnison, qui se composerait uniquement de praticiens chargés de donner des soins aux militaires dans les villes de garnison.

Groupement français du département dentaire et des diplômés de l'Ecole dentaire de Paris a l'Université de Pensylvanie.

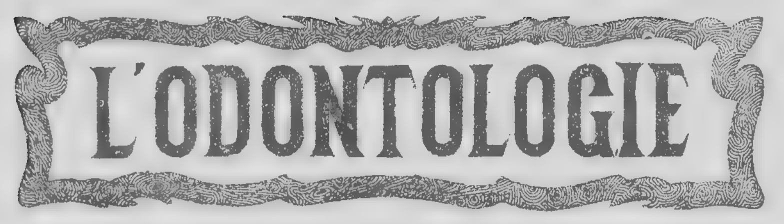
Ce groupement a célébré le premier anniversaire de sa fondation en un banquet, qui a eu lieu le 12 mai, sous la présidence du Dr Kirk, doyen de la Faculté de Pensylvanie. L'on a porté de nombreux toasts, notamment à l'art dentaire français et à l'Ecole dentaire de Paris.

Société Coopérative des Dentistes de France.

Messieurs les actionnaires de la Société Coopérative des Dentistes de France sont convoqués en assemblée générale ordinaire le jeudi 23 juin 1904, à 8 heures 3/4 du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne à Paris.

Ordre du jour : Lectures des rapports des Commissaires et du Conseil d'administration. — Bilan. — Répartition. — Renouvellement partiel du Conseil d'administration. — Election des Commissaires et des Administrateurs suppléants.

24e ANNÉE. N° 12 30 JUIN 1904 VOL. XXXI



L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

CONSIDÉRATIONS SUR L'ARTICULATEUR BONWILL ET SES APPLICATIONS EN PROTHÈSE DENTAIRE

Par M. le Dr GODON,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 6 avril 1904.)

Mon intention n'est pas de développer devant vous les diverses théories émises par le Dr Bonwill au sujet de son articulateur anatomique — cela dépasserait le cadre de cette communication — mais simplement d'appeler à nouveau l'attention de mes collègues sur l'importance qu'ont, au point de vue de la prothèse, les lois qu'il a découvertes sur l'articulation temporo-maxillaire, il y a quarante-six ans, et qu'il n'a cessé depuis, jusqu'à sa mort, survenue en 1899, de démontrer dans les différentes Sociétés et les divers Congrès dentaires du monde entier.

Après avoir rappelé ses lois, résumé leurs applications à la prothèse dentaire, je signalerai les principales difficultés que l'on rencontre à leur sujet, ainsi que quelques-unes des modifications qui ont été proposées pour les éviter ;

j'espère par suite provoquer des discussions et des études nouvelles dans nos sociétés et dans nos écoles sur une méthode dont il y aurait avantage à voir généraliser l'emploi.

Il est inutile que je refasse devant vous le panégyrique de Bonwill, cet homme de bien dont la vie tout entière a été dévouée au progrès de la profession.

Il en est encore parmi nous qui l'ont connu au premier Congrès dentaire international de Paris en 1889, et qui se souviennent de l'enthousiasme que les congressistes témoignèrent à l'habile opérateur qu'était Bonwill, qui leur démontrait, sans compter, ses méthodes et ses procédés dans ses cliniques si suivies. Ils le portèrent en triomphe dans cette belle fête que l'École dentaire de Paris, alors rue Rochechouart, offrait aux congressistes. On peut voir combien cela était justifié en parcourant le volume de comptes rendus de 1889, combien multiple fut sa collaboration à ce Congrès.

On y trouve sa première communication en France sur l'« Articulateur anatomique » à la page 259. Elle passa à peu près inaperçue, si j'en juge par la courte discussion qui suivit. Dans le premier volume de compte rendus du 2e Congrès dentaire de Chicago en 1893, page 226, cette communication est plus complète et plus étendue sous le titre suivant :

« *En quoi la dentisterie peut-elle servir de démonstration contre l'hypothèse de l'évolution organique?* »

Le titre un peu philosophique de cette communication montre en partie pourquoi les théories de Bonwill ont eu tant de peine à pénétrer dans le monde dentaire et à y recevoir l'accueil et l'application qu'elles méritent.

Nous avons pu nous rendre compte plus tard encore de cette difficulté, lorsque Bonwill, deux ans avant sa mort, vint nous exposer à nouveau ses idées, à la Société d'Odontologie de Paris en 1897, dans cette séance où les dentistes français lui remirent en récompense de ses travaux une médaille d'honneur.

Outre que Bonwill ne s'exprimait qu'en anglais, l'habitude qu'il avait de mélanger ses démonstrations de considérations générales évidemment très élevées, mais souvent un peu en dehors du sujet, comme un de ses compatriotes le lui a reproché à Chicago en 1893, enlevait à ses démonstrations la clarté et la précision si nécessaires dans un sujet assez aride par lui-même et qui comportait de véritables difficultés d'application.

Cela explique pourquoi, non seulement en France où nous ne possédions, il y a encore quelque temps, qu'un exposé sommaire en français de la théorie de Bonwill, mais même aux États-Unis, où il y a eu un certain nombre de communications à ce sujet, notamment au Congrès de Chicago et dans diverses sociétés odontologiques, cela explique, dis-je, pourquoi la théorie de Bonwill a mis tant de temps à se répandre et à être appliquée.

Il semble pourtant que depuis quelques années justice soit rendue à cet inventeur si ingénieux, à qui la profession est redevable de tant de procédés et d'instruments utiles, tels que tour à fraiser, maillet automatique, etc.

On trouve actuellement dans les journaux professionnels de tous les pays de nombreux articles consacrés à l'étude de sa méthode et de son articulateur anatomique.

Récemment, chez nous, un de nos confrères, le Dr Amoëdo qui s'était chargé de la traduction de la conférence de Bonwill à Paris en 1897, publiait une intéressante communication qu'il avait adressée à la Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences à Montauban et qui n'a pu y être lue par suite de l'absence de l'auteur.

Il nous a semblé que le moment était venu d'appeler à nouveau l'attention des confrères de notre pays sur les idées du grand prothésiste américain.

Nous avons eu l'honneur et le plaisir de le connaître et de le recevoir chaque fois qu'il est venu à Paris, en 1889 et en 1897, et lors de notre mission aux États-Unis en 1893.

Dès 1889 nous avons suivi ses travaux, étudié ses lois,

cherché à les appliquer, d'abord avec la même difficulté que chacun de nous a rencontrée dans leur application. Nous les avons abandonnées en présence des obstacles que nous trouvions à les faire appliquer dans notre laboratoire; enfin, voyant à l'étranger combien elles étaient prises en sérieuse considération par des confrères en qui nous avions confiance, nous nous remettions il y a quelques années à les étudier à nouveau et à en faire depuis une application sérieuse et ininterrompue.

Aussi, aujourd'hui, parfaitement conscient de leur vérité, de leur utilité, venons-nous vous faire part des quelques réflexions suscitées par l'expérience que nous en avons faite. Nous avons, dans ce but, fait traduire tout le chapitre de l'article consacré à l'étude de ces lois par Grant Molyneaux dans le chapitre consacré à l'articulation dans le *Manuel de prothèse* de Ch. J. Essig, de l'Université de Pensylvanie, chapitre auquel nous renvoyons comme complément à cette communication et que nous joignons en annexe [1].

Comme vous le savez, le but principal que se propose Bonwill est de reproduire dans la construction des dentiers artificiels la même disposition et les mêmes rapports des dents entre elles que dans les mâchoires naturelles, afin que l'on obtienne avec l'instrument artificiel la même action physiologique qu'avec les dents naturelles dans l'acte de la mastication, c'est-à-dire : *couper avec les incisives, déchirer avec les canines, broyer avec les molaires,* ainsi que les différents mouvements que produisent l'articulation temporo-maxillaire et les muscles chez l'homme, mouvement de propulsion en avant de la mâchoire inférieure et de latéralité par déplacement du condyle, tout en conservant au dentier artificiel l'entière stabilité qui est nécessaire dans chacun de ces mouvements.

Avec la méthode ancienne, les molaires artificielles sont le plus souvent réduites à l'état de simples meules qui aplatissent les aliments et ne les triturent pas, un peu comme

---

1. Sera publié dans un prochain numéro.

dans la mâchoire des ruminants, et la mastication est tout à fait incomplète. Que de fois il nous a été donné de le reconnaître et de le déplorer, lorsqu'après les retouches nécessitées par l'articulation d'un dentier, la plus grande partie des tubercules des dents avait disparu! .

Avec les théories de Bonwill, on entrevoit la possibilité de rétablir dans le dentier artificiel les différentes fonctions de la mastication, telles qu'elles existent dans le dentier naturel, par les indications précises qu'elles donnent sur la position de chaque dent, la préparation de sa face triturante et les conditions de l'engrènement de ses cuspides avec les cuspides des dents antagonistes.

Cependant ces théories ne sont pas encore parfaites et l'articulateur anatomique a quelques imperfections que nous signalerons plus loin et qui ont donné lieu à des articulateurs perfectionnés; mais, d'une manière générale, on peut dire qu'il y a là une méthode véritablement scientifique pour la construction des dentiers, qui doit remplacer maintenant, dans nos écoles et dans nos laboratoires, les procédés empiriques que la routine de nos mécaniciens a trop longtemps conservés.

Alors que l'odontologie en évolution introduit dans tous les actes des praticiens les méthodes qui s'inspirent de la science, il n'y a pas lieu de tenir plus longtemps la prothèse, pas plus que la dentisterie opératoire; en dehors de ce mouvement.

Si l'on songe qu'il y a bientôt cinquante ans que Bonwill a fait cette découverte, on s'étonnera que ce mouvement se produise avec une pareille lenteur. Mais Bonwill a dit lui-même : « Il s'est écoulé six mille ans avant que l'homme découvre que la mâchoire humaine est un triangle équilatéral; je peux bien en compter cent avant que la profession dentaire adopte ma méthode. »

Je rappelle, pour ceux qui ne les connaissent pas, les lois de Bonwill, qui sont les suivantes et que l'on pourra trouver dans la deuxième édition du volume de prothèse de notre ami Martinier du *Manuel du chirurgien-dentiste.*

LOIS DE BONWILL.

1. — *Du centre d'un condyle au centre de l'autre, la distance est d'environ quatre pouces et l'on remarquera aussi que d'un « process » à la ligne médiane au point où les incisives inférieures centrales se touchent au bord tranchant, la distance est aussi de quatre pouces (soit dix centimètres).*

2. — *Quelle que soit la distance qui sépare un process du process opposé, la distance est la même des process à la ligne médiane de la mâchoire inférieure au bord tranchant des incisives centrales.*

3. — *La mâchoire inférieure forme un triangle équilatéral parfait, afin de mettre le plus possible de surfaces capables de broyer, c'est-à-dire de bicuspides et de molaires, et en même temps pour que les incisives d'un même côté agissent à la fois pendant ces mouvements latéraux.*

4. — *A partir des canines, les bicuspides et les molaires sont en ligne droite et non en ligne courbe jusqu'au process, ce qui leur permet d'offrir ainsi une plus grande surface de mastication.*

5. — *Les incisives supérieures doivent déborder sur les inférieures, tandis que celles-ci ont une sous-articulation correspondante; sans cette disposition, les incisives perdraient leur fonction. Si les incisives frappaient directement l'une sur l'autre, leur force pour couper les aliments serait fortement amoindrie. Quand il y a débordement et sous-articulation des incisives, la longueur des pointes des cuspides, des bicuspides et des molaires est en proportion du débordement et de la hauteur de la sous-articulation.*

6. — *La courbe verticale commence à la première molaire, quoiqu'elle se montre légèrement aux bicuspides; en réalité, elle ne doit commencer qu'à la première molaire, et cette courbe est proportionnée à la sous-articulation et au débordement des incisives.*

Nous publions les figures qui accompagnaient les communications de Bonwill au Congrès de Chicago ; elles expliquent et complètent ces lois. (V. p. 592 et 593).

Nous ajouterons à ces lois pour l'explication de ce qui va suivre, les quelques lignes ci-dessous extraites d'une communication récente de M. Choquet, dans laquelle celui-ci résumait les différentes articulations.

L'articulation peut être définie ainsi :

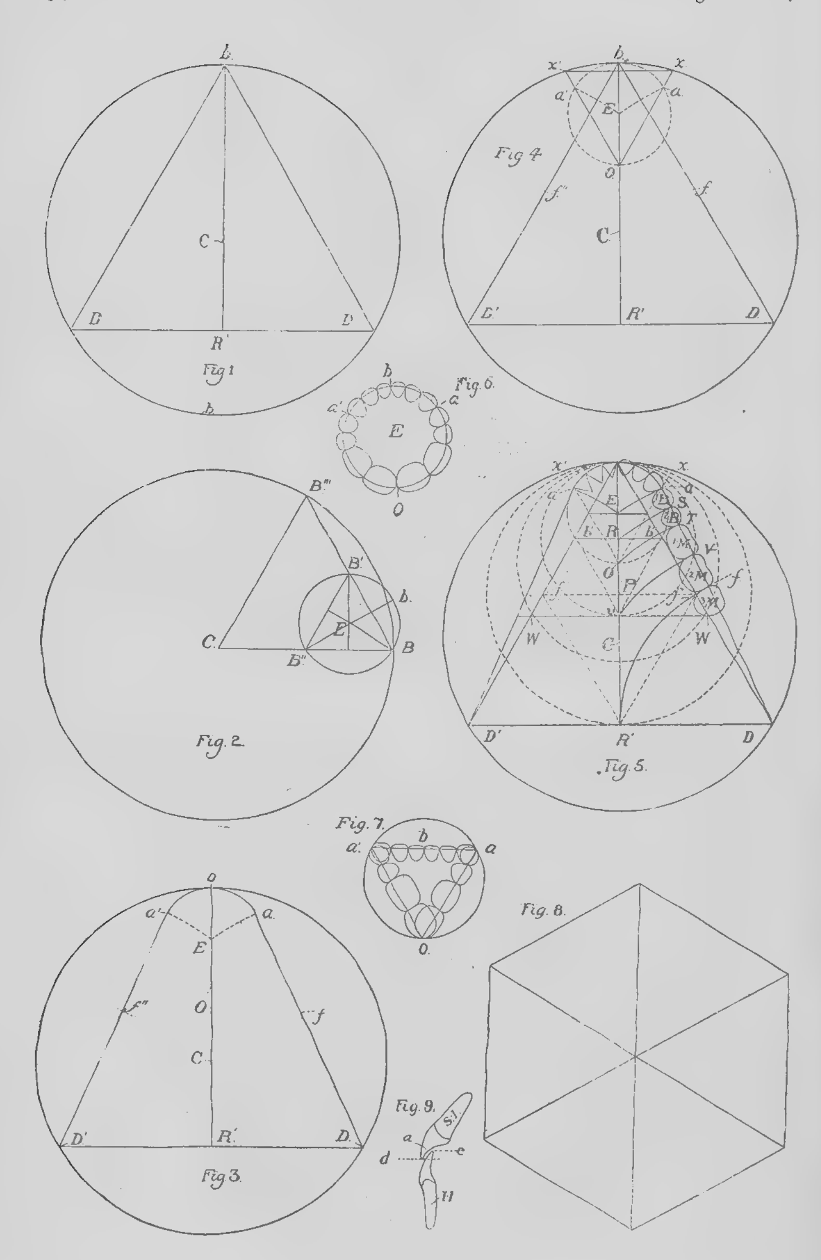
« Les rapports existant à l'état d'occlusion normale entre les dents du maxillaire supérieur et celles du maxillaire correspondant. »

Il ajoute : « La ligne droite idéale qui, d'après Tomes, devrait passer par toutes les pointes des cuspides des dents, n'existe pas, mais est remplacée par une ligne plus ou moins sinueuse partant de l'incisive centrale pour aboutir à la troisième grosse molaire, ligne sinueuse entraînant comme conséquence l'inclinaison en dedans, du côté lingual des dents du maxillaire inférieur, au point où la courbe du maxillaire supérieur est le plus accentuée. Au maxillaire supérieur, il y a, au contraire, projection du côté jugal des dents qui dépassent le plus la ligne droite envisagée par Tomes. »

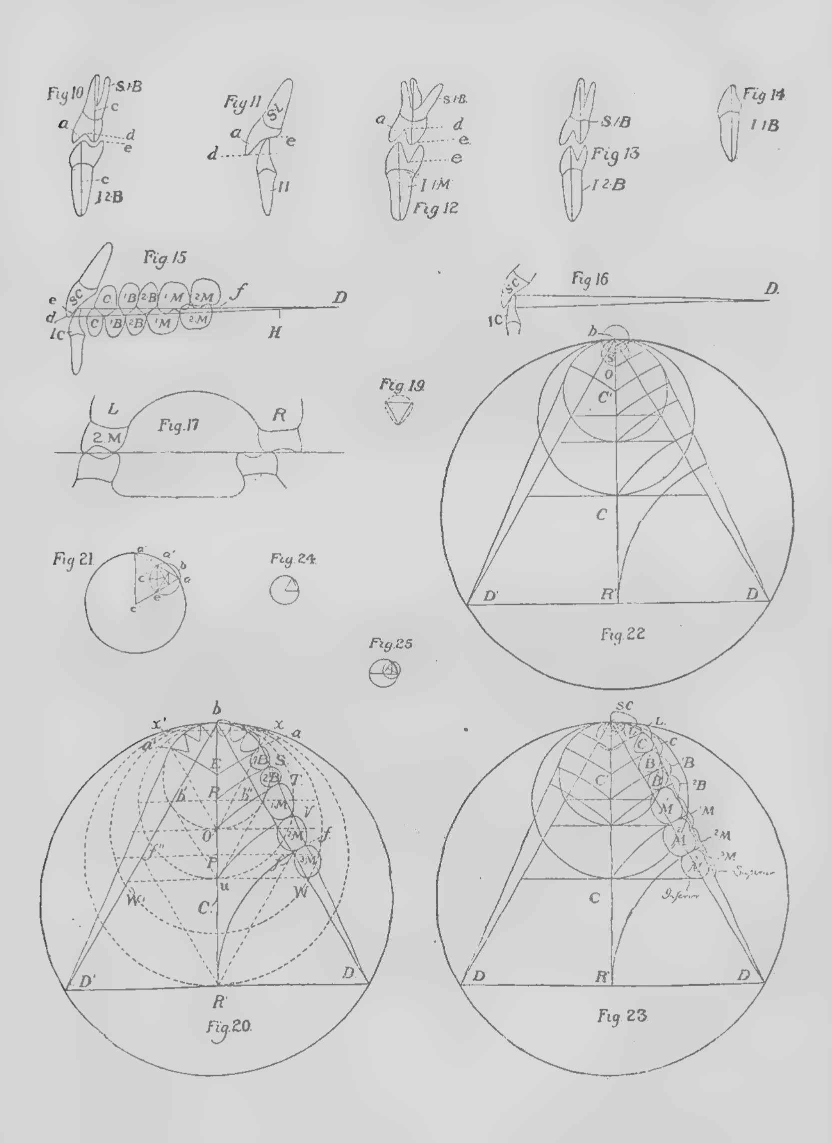
« Si l'on considère les rapports des dents entre elles au point de vue axial, et que l'on prenne comme point de départ la base du maxillaire inférieur, on voit que chez les sujets non prognathes les incisives centrales considérées sur une de leurs faces latérales, soit la mésiale, soit la distale pourront présenter, par rapport à l'incisive supérieure, un des quatre cas suivants :

1° Cette incisive inférieure étant perpendiculaire à la base du maxillaire dans lequel elle est incluse, verra sa dent antagoniste venir surplomber légèrement celle-ci et les axes longitudinaux des deux dents seront parallèles ;

2° Le deuxième cas sera l'articulation bout à bout, cas dans lequel les deux axes seront confondus en un seul. Une semblable articulation entraînera forcément à la longue de l'abrasion mécanique de ces organes ;


Fig 1
Fig. 2.
Fig 3
Fig 4
Fig. 5.
Fig. 6.
Fig. 7.
Fig. 8.
Fig. 9.

3° Dans le troisième cas caractérisé par le brachygna-



thisme ou projection en avant du maxillaire inférieur on peut rencontrer deux classifications :

A. Ou bien les incisives inférieures resteront perpendiculaires à la base du maxillaire et il existera un parallélisme très net entre les dents supérieures et inférieures comme dans le premier cas.

B. Ou bien, au contraire, les mêmes dents seront projetées en avant et il s'ensuivra une divergence très nette entre les axes des dents opposées.

Enfin le quatrième cas sera représenté par ce que l'on appelle une articulation ultra-lasse dans laquelle, à l'état d'occlusion des maxillaires, on ne distingue plus les incisives et canines inférieures. On rencontre en pareille occurrence une obliquité plus ou moins accentuée de l'axe des incisives supérieures, obliquité dirigée de haut en bas et d'avant en arrière. »

Pour l'étude de l'emploi de l'articulateur de Bonwill, on prend comme type la première articulation, qui est l'articulation normale: les dents supérieures recouvrant légèrement les dents inférieures.

Nous vous présentons les modèles de la mâchoire d'un de nos confrères (modèle de Losada), qui, si ce n'était l'absence d'une dent de sagesse, serait le type parfait de l'articulation, de la position des dents et de la gouttière intercuspidienne, telles que le décrit Bonwill et nous le déposons au musée de l'Ecole.

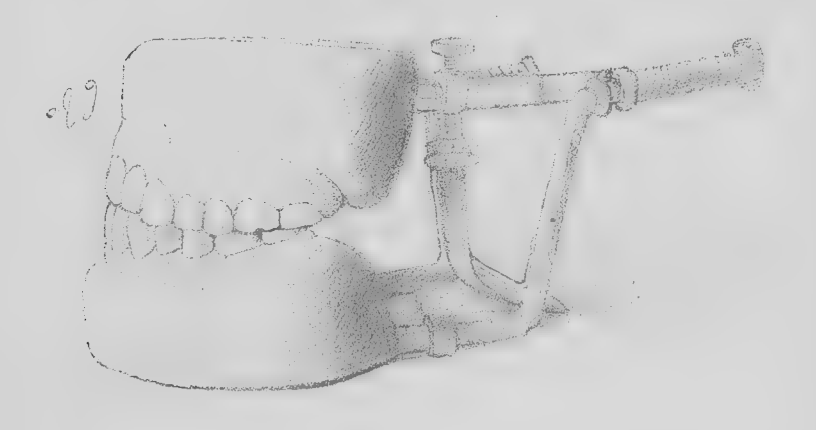
Comme nous vous l'avons dit, nous n'allons pas aujourd'hui examiner en détail les diverses lois de Bonwill que nous venons de citer; cela nous demanderait beaucoup trop de temps et pourra faire l'objet d'une étude ultérieure certainement des plus intéressantes. Nous voulons nous limiter ce soir à un exposé résumé de ces lois et de leurs applications pratiques à la prothèse dentaire.

Il est un principe qu'il faut retenir : c'est que la mâchoire inférieure forme un triangle équilatéral d'un condyle à l'autre condyle et au point de jonction des deux incisives centrales inférieures (1re et 3e lois).

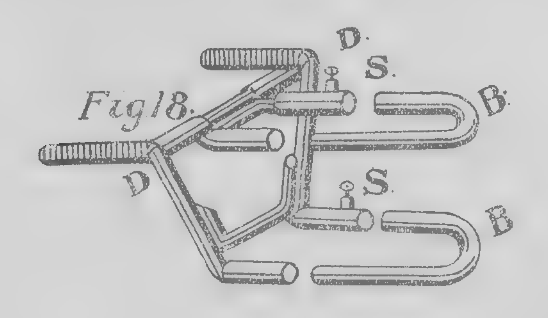
Ce principe est celui qui a servi de base à Bonwill pour la construction de son articulateur qui, comme vous

savez, se compose d'une partie supérieure fixe et d'une partie inférieure mobile (Voir fig. 18.)

On peut avec cette dernière faire exécuter au dentier



artificiel les mouvements de haut et bas et des mouvements d'avant en arrière et de latéralité, grâce aux deux ressorts (bb) placés de chaque côté. Deux axes de cuivre fixés dans des



tubes servent d'appui aux modèles et peuvent être changés.

Ce principe du triangle équilatéral nous sert à placer notre modèle inférieur sur l'articulateur, lorsque l'on a pris l'articulation dans la bouche ; puis l'on place le modèle supérieur d'après l'inférieur.

Vous savez que, lorsqu'il s'agit de construire un dentier complet par la méthode ancienne, les empreintes étant bien prises, les modèles articulés, on place ses dents sur la crête de chacune des mâchoires, d'après des principes empiriques que les mécaniciens se communiquent les uns aux autres par routine, mais qui n'ont véritablement aucune base scientifique.

On n'en obtient pas moins, me direz-vous, dans la plupart des cas, des appareils qui vont très bien et rendent des services au patient. C'est que, le plus souvent, on évite les difficultés qu'a signalées Bonwill au point de vue de la stabilité des appareils en construisant ces dentiers avec une articulation mordant bout à bout, la deuxième articulation de Choquet, ce qui diminue les fonctions triturantes des dents, mais permet presque d'appliquer inconsciemment les lois de Bonwill, par suite d'absence de sous-articulation, et en plaçant les dents sur la crête ; mais la stabilité est ainsi obtenue aux dépens de la largeur des appareils et du champ d'évolution de la langue.

Malgré ces artifices, qui ne sont pourtant pas toujours applicables, on rencontre souvent des cas où le dentier ne donne pas satisfaction au point de vue de la mastication et de la stabilité à un opérateur un peu minutieux.

En appliquant les différentes lois de Bonwill dans la construction d'un dentier, on obtient au contraire, comme vous le verrez par les appareils que nous vous présentons, des indications précises sur :

1° La place déterminée que les dents doivent occuper dans la construction du dentier artificiel, aussi bien dans la mâchoire inférieure que dans la mâchoire supérieure ;

2° La détermination des différents angles de force pour assurer la solidité des dents et de la plaque-base ;

3° Le mode d'engrènement que doivent avoir les dents entre elles et ses rapports avec l'étendue de la sous-articulation ; la préparation spéciale que l'on doit faire subir à chacune des dents incisives, canines et molaires, pour faciliter leur engrènement et leur fonction ;

4° La direction qu'il faut donner aux bicuspides et aux molaires inférieures vers le ramus en droite ligne, ainsi que l'étendue de la courbe verticale des molaires supérieures et inférieures ;

5° La possibilité d'obtenir la stabilité du dentier par trois points de contact entre les deux mâchoires, dont un en avant et les deux autres à l'extrémité de chaque côté du dentier, dans le mouvement en avant des incisives destinées à saisir et à couper les aliments.

6° La possibilité d'obtenir dans le mouvement de latéralité, par le déplacement d'un condyle d'un côté, le contact des cuspides buccaux et des cuspides linguaux des molaires pendant que se forme de l'autre côté une gouttière intercuspidaire, et réciproquement ces déplacements des cuspides permettent d'opérer le broyage des aliments par leur engrènement successif.

La manière de procéder pour la construction du dentier de Bonwill peut se résumer ainsi, d'après Detzner :

« Deux cas se présentent dans l'emploi de l'articulateur de Bonwill : 1° pour confectionner une pièce partielle et ici les plaques d'articulation ne sont pas indispensables ; 2° pour la confection d'appareils complets, cas où l'on se sert toujours de plaques d'articulation dont les rapports ont été pris dans la bouche du patient.

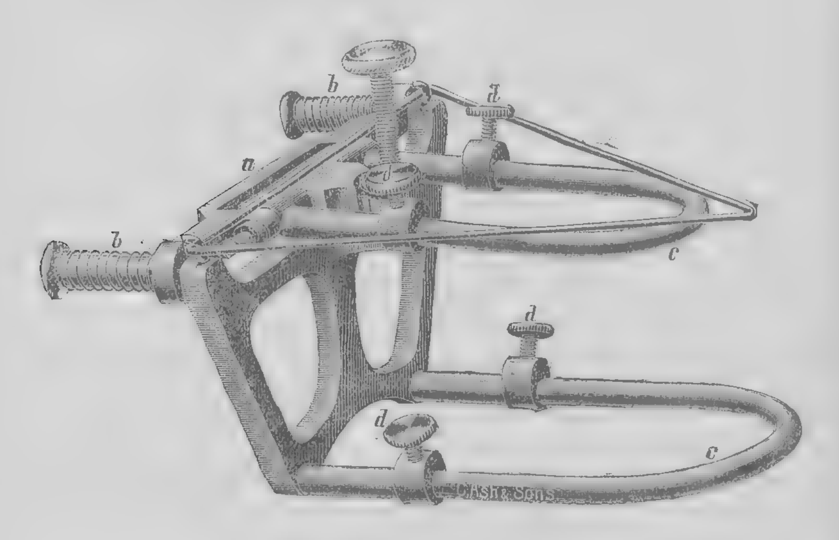
» Dans le premier cas il est indispensable de se servir d'un instrument donné avec l'articulateur et qui consiste en un triangle en fil de fer de dix centimètres de côté. Cet instrument est adapté à l'articulateur avant de fixer les modèles sur les arcs de cuivre, puis on place la partie inférieure de manière à faire correspondre le sommet de l'angle antérieur avec l'interstice des incisives centrales. Il faut veiller, en outre, à ce que les prolongements alvéolaires du modèle soient dans la direction des condyles (fig. p. 598).

» Après durcissement du plâtre, le triangle est enlevé et le modèle supérieur placé de manière à articuler exactement avec son antagoniste.

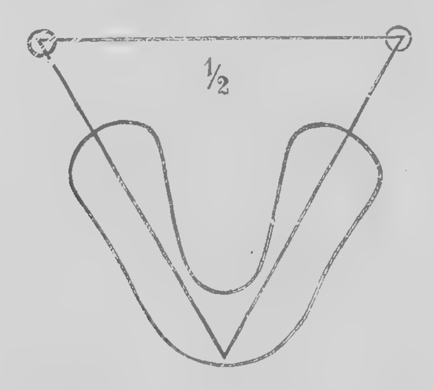
» Cela fait, on imprimera à l'articulateur divers mouvements et principalement des mouvements de latéralité, de manière à vérifier l'articulation des dents. Si les prolongements des modèles ou les plaques de cire sont un obstacle à l'exécution de ces manœuvres, on les coupe et on les réduit.

» Le contrôle de l'ajustement des dents artificielles se fait en imprimant des mouvements de latéralité de haut en bas. Il faut veiller à l'adaptation convenable des faces broyantes par rapport aux antagonis-

tes, tout en serrant les dents les unes contre les autres. Toutes ces conditions imposées rendent indispensable l'emploi de la meule pour régulariser les couronnes artificielles.



» S'agit-il d'ajuster les arcades dentaires d'un dentier complet avec l'articulateur de Bonwill, il faut absolument prendre l'empreinte d'articulation dans la bouche du patient. Le triangle n'a plus d'utilité ici,



puisque les incisives manquent à la mâchoire inférieure. Seuls, les points de repère seront appelés à donner la position des plaques de cire.

» Tandis qu'avec les anciens articulateurs on ajuste les dents de manière à faire correspondre les tubercules des prémolaires et molaires

aux dépressions des dents antagonistes, avec le système de Bonwill on modifie les adaptations des faces broyantes, de façon à permettre les mouvements de latéralité. On doit meuler l'angle externe du bord coupant des incisives supérieures et l'on use le bord supérieur des incisives inférieures. Le sommet pointu des canines est rendu mousse. Les prémolaires supérieures sont excavées entre leurs cuspides pour recevoir les tubercules des prémolaires inférieures. Le cuspide lingual de la première prémolaire supérieure, gênant pour la langue, est supprimé.

» Pour les molaires on agit de même et l'on excave leurs faces broyantes d'avant en arrière. Grâce à cette manière de faire, les surfaces peuvent glisser les unes sur les autres.

» L'ajustage se commence par l'incisive médiane d'un côté et se continue jusqu'à la dernière molaire. Le bourrelet de cire n'est enlevé que d'un côté pour conserver la hauteur de l'articulation.

. . . .

» Ensuite on ajuste les dents inférieures du même côté, en faisant correspondre les tubercules des molaires aux dépressions des antagonistes.

» On procède de la même façon pour l'autre côté. Si les dents sont bien ajustées, dans l'exécution des mouvements de latéralité les incisives se touchant, les cuspides des prémolaires et molaires seront bout à bout. Avec les mouvements d'ouverture et de fermeture, tandis que les incisives glisseront les unes sur les autres, les molaires devront s'engrener. »

Nous avons vu que, pour appliquer ses lois dans les conditions que nous venons d'indiquer, Bonwill avait créé son articulateur anatomique qui se rapproche le plus du fonctionnement physiologique du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur.

Les deux ressorts placés sur la tige horizontale de la partie supérieure ont pour but de permettre la reproduction des mouvements de propulsion et de latéralité que l'on trouve dans la mâchoire pendant la mastication. Mais de l'avis de tous ceux qui ont étudié cette méthode et qui se sont servis de cet articulateur, on est obligé de reconnaître que, quoiqu'il constitue un progrès considérable sur les anciens articulateurs employés dans nos laboratoires et qu'il permette la construction du dentier artificiel véritablement raisonné, il ne donne pas, dans la plupart des cas, des résultats tellement exacts que l'on n'ait à retoucher l'articulation du dentier dans la bouche.

Il existe une petite différence qui tient à ce que le mouvement de latéralité se fait sur l'articulateur suivant une ligne horizontale et à ce que, dans la bouche au contraire, il se fait suivant une ligne oblique, par suite de l'obliquité du condyle humain.

Cette légère différence a suffi bien souvent à décourager les opérateurs les plus persévérants. Certains ont cherché à y remédier en perfectionnant l'articulateur de Bonwill, comme l'a montré M. Amoëdo dans la communication dont nous parlons plus haut, avec les articulateurs de Walker, de Schwarze de Berlin, de Gritmann, de Christensen. Ce dernier, que nous employons également, est, comme le dit M. Amoëdo, le plus parfait perfectionnement de l'articulateur de Bonwill (Voir figure p. 601).

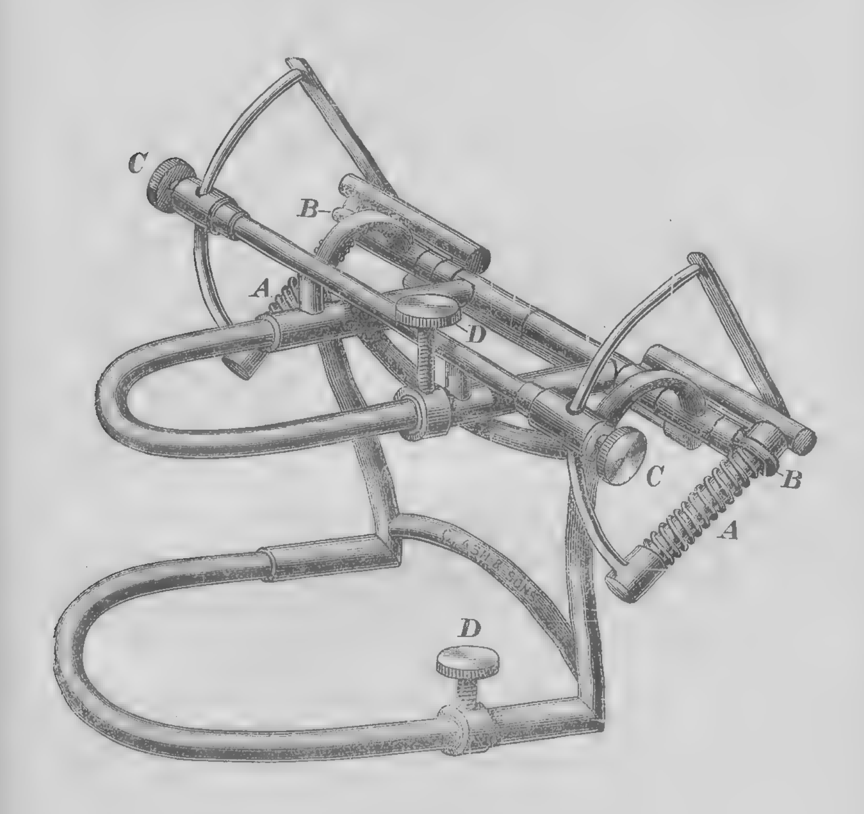
Le numéro du *Dental Review* de septembre dernier contient une intéressante communication de M. O.-A. Weiss, de Minneapolis, sur l'application pratique des principes de l'articulateur de Bonwill.

Dans cette communication, qui a été lue devant la Minnesota State Dental Association, l'auteur, tout en exprimant son admiration pour les principes de Bonwill, montre les difficultés qu'il a, comme nous, rencontrées dans l'application des dits principes, constatant que le plus souvent les dents ne s'articulent pas aussi bien dans la bouche que sur l'articulateur.

Il rappelle que Bonwill a dit qu'il était quelquefois nécessaire de limer un peu un cuspide par-ci par-là quand les plaques sont dans la bouche, mais qu'il avait oublié de nous préciser le « par-ci par-là ». Il ajoute que cette différence est due à un mouvement de la mâchoire qui n'est pas prévu dans l'articulateur et dont il faut tenir compte en essayant de perfectionner l'articulation dans la bouche.

Comme vous le verrez par l'article que nous venons de vous citer et dont nous publions en annexe les parties principales, l'auteur, après s'être rendu compte des difficultés auxquelles donnait lieu l'application de l'articulateur de Bonwill, nous a présenté un modèle d'articulateur qui n'est

que l'articulateur de Bonwill perfectionné comme l'ont fait plusieurs auteurs, mais d'une manière très simple et très pratique qui nous semble corriger les erreurs signalées

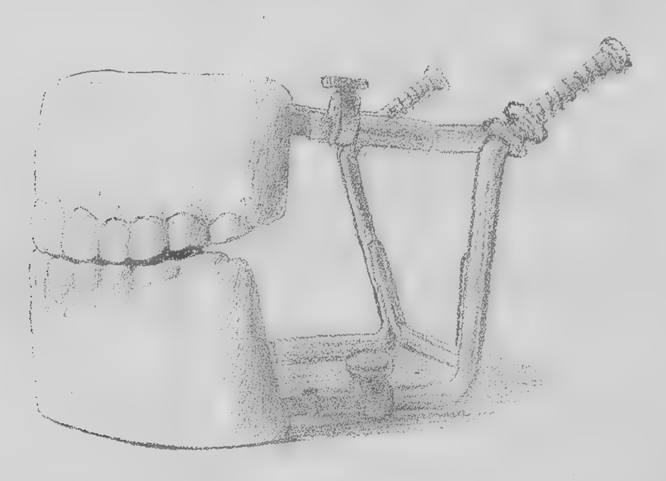


dans l'articulateur de Bonwill (voir fig. articulateur de Weiss). Pourtant notre expérience en est trop courte et les essais que nous avons faits l'ont été sur un articulateur que nous avons modifié d'après les indications de l'auteur, le Weiss n'étant pas encore dans le commerce. Nous ne pouvons donc vous renseigner d'une manière sûre, mais il semble qu'il nous donnera satisfaction.

En effet, dans cet articulateur la tige remplaçant la tige horizontale de l'articulateur Bonwill oblique permet d'ob-

tenir des mouvements semblables à celui du condyle humain et nous avons pu contrôler la différence que l'on obtient dans l'articulation d'un dentier avec l'articulateur de Bonwill et avec l'articulateur perfectionné de Weiss, comme vous voyez par les modèles que nous vous présentons.

M. Amoëdo recommande l'articulateur de Christensen : mais il nous paraît trop compliqué pour pouvoir le mettre

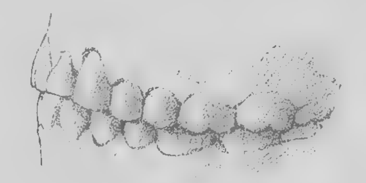


dans les mains de nos mécaniciens. Déjà l'articulateur de Bonwill, tel qu'on le trouve dans le commerce, n'est pas toujours construit d'une manière suffisamment solide pour résister aux fatigues du laboratoire et il y a lieu d'appeler sur ce point l'attention du fabricant pour qu'il soit plus résistant.

Pour conclure, mes chers collègues, nous vous dirons avec le D[r] Morrison, de Connersville, que Bonwill, en énonçant le premier que la mâchoire est un triangle équilatéral et en déduisant de là des principes fondamentaux qui dirigent les mouvements divers d'engrènement des dents, a constitué la base de l'articulation scientifique des dents artificielles.

Avec tous ceux qui ont écrit sur la question, nous dirons que nous devons à Bonwill la plus grande reconnaissance,

comme à un des bienfaiteurs de la profession. Aussi, pour honorer sa mémoire, nous avons voulu ce soir placer devant



vous dans cette salle de nos séances le portrait dont il a fait don à notre Ecole dentaire de Paris peu de temps avant sa mort, en souvenir de l'accueil sympathique qu'il avait toujours trouvé parmi nous.

INDICATIONS ET AVANTAGES DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE POUR LES EXTRACTIONS DENTAIRES [1]

(*Suite et fin.*)

Par le Dr E. Friteau

Professeur de clinique d'anesthésie à l'École dentaire de Paris.

(Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 3 mai 1904.)

Un certain nombre des reproches que l'on adresse à la chloroformisation en art dentaire concernent les *préparatifs de l'opération.*

L'on nous reproche d'être obligé de prendre l'avis du médecin traitant : « Son veto sera pour vous absolu », avons-nous dit ailleurs [2]. Nous soutiendrions volontiers qu'en matière de cocaïne l'on ferait souvent bien de prendre l'avis du médecin traitant : pour qui connaît les dangers de la cocaïne, notamment chez les aortiques, dangers que notre confrère, le Dr Frey [3] rappelait récemment à la Société d'Odontologie, cette précaution ne paraîtra pas inutile. Nous nous étonnons donc que M. Sauvez signale parmi les inconvénients du chloroforme cette nécessité de prendre l'avis du médecin traitant, puisque, pour nous, cette nécessité doit aussi exister pour la cocaïne ; le médecin traitant peut seul nous renseigner sur de nombreux points, notamment sur certains antécédents nerveux, personnels et héréditaires qui, d'après tous les neuropathologistes, sont des contre-indications formelles de l'anesthésie cocaïnique. — Si nous savons démontrer au médecin la nécessité d'une intervention dentaire radicale, il n'opposera pas plus un veto absolu qu'il ne l'oppose pour les interventions de chirurgie générale.

---

1. Les numéros de *L'Odontologie* des 15 et 30 mai contiennent le début de la communication.
2. E. Friteau, loco citato, in *Odontologie*, page 119, n° du 15 février 1903.
3. Frey, *Discussion* à la Société d'Odontologie, séance du 5 mai 1903, in *Odontologie*, n° du 30 juin 1903, page 606.

Le chloroforme doit être donné au domicile du malade où l'éclairage est ou peut être insuffisant, à moins qu'il ne le soit dans un établissement hospitalier, où cette objection de mauvais éclairage n'existe plus. Il est toujours possible de coucher un malade sur une table devant une fenêtre et d'obtenir ainsi un éclairage suffisant pour des extractions, surtout dans la position de Röse. Combien de fois, après une injection de cocaïne, le dentiste n'a-t-il pas dû regretter que le malade n'ait pas été opéré à son domicile, par exemple lorsqu'il a des accidents lipothymiques plus ou moins intenses et prolongés !

Nous n'insistons pas sur les inconvénients des autres préparatifs (aides, instruments, appareils plus ou moins nécessaires, etc.) ; nous ne les considérons pas comme sérieux. Nous pourrions d'ailleurs mettre en regard de l'habile tableau des préparatifs d'une chloroformisation dressé par M. Sauvez pour la défense de sa cause un autre tableau des mêmes préparatifs tels qu'ils doivent être conçus d'après ce que M. Roy [1] indique comme traitement des accidents cocaïniques : « Placer le malade dans la position horizontale, s'as-
» surer que sa respiration n'est en rien gênée par ses vête-
» ments, et lui faire respirer, sur un mouchoir, deux ou trois
» gouttes de nitrite d'amyle, vaso-dilatateur énergique. On
» lui fera prendre du café, de l'eau-de-vie. S'il a des convul-
» sions, on se trouvera bien du chloroforme, du chloral, de
» l'opium, ... ; s'il y a du collapsus, on fera des injections
» d'éther, 1 à 6 seringues de Pravaz ; de caféine, 50 centi-
» grammes à 1 p. 50. » Tout cela compense bien la machine électrique, dont parle M. Sauvez et dont personne ne songe plus à se servir, car, en matière de syncope ou d'asphyxie, on ne pense plus qu'aux tractions rythmées de la langue, pour lesquelles une simple pince suffit, et à la respiration artificielle par les mouvements des bras.

---

1. M. Roy, *Thérapeutique de la bouche et des dents*, 2e édition, pages 290 et 291. Baillière, éditeur. Paris, 1904.

L'on nous reproche aussi de demander à notre malade d'être à jeun ; vraiment quand il s'agit d'interventions aussi importantes que celles que nous attribuons à la chloroformisation, il n'est guère pénible pour le patient de rester sans manger durant quelques heures. Comme nous l'avons déjà dit, être à jeun n'est pas plus compliqué que d'avoir mangé très récemment et d'avoir bu du café, ce que recommande M. Reclus.

L'un des meilleurs conseils que nous donne M. Sauvez (p. 333) est le suivant : « Il faut avoir pris vos précautions » pour que les cris qui peuvent survenir durant le sommeil » anesthésique, quel qu'il soit, ne soient pas entendus au » dehors par les autres malades qu'ils effraieraient. » Pour les anesthésiques généraux de longue durée, cette précaution n'a pas sa raison d'être, puisque nous opérons au domicile du malade. Pour ce qui est des anesthésiques généraux de courte durée, la précaution me paraît autant applicable aux anesthésiques locaux, car, même très bien analgésiés par la cocaïne, beaucoup de malades croient nécessaire de pousser des cris plus ou moins déchirants.

D'autres inconvénients, plus nombreux encore d'après nos adversaires, attendent le dentiste durant son intervention sous la narcose chloroformique. Et l'on nous parle de ces sérieuses alertes, au cours desquelles on a encore sous les yeux l'image de la mort, selon l'expression de M. le Pr Reclus. — Il nous serait aisé de démontrer, avec nos statistiques personnelles, que ces alertes ne sont pas aussi fréquentes qu'on veut bien le dire ; depuis près de cinq ans, au cours des nombreuses chloroformisations que nous avons pratiquées, nous n'en avons observé qu'un nombre très restreint et qui nous semble bien inférieur au nombre de ces syncopes cocaïniques qui reproduisent si bien, elles aussi, l'image de la mort et dont le tableau me paraît pouvoir être mis en regard du tableau dressé par le Pr Reclus[1] et repro-

1. P. Reclus, *La cocaïne en chirurgie*, ch. III, *les dangers de la cocaïne*. page 51. Paris, G. Masson, éditeur.

duit par M. Sauvez pour les alertes chloroformiques. « Le » malade pâlit : il a des nausées, la face et les extrémités sont » froides ; tantôt il a une syncope, tantôt il tombe dans un » état de prostration plus ou moins accusé ; les pupilles sont » dilatées, le pouls est faible et rapide. Le malade se plaint » d'une angoisse précordiale, d'un sentiment de suffocation ; » les jambes sont faibles, et il a peine à se tenir debout. Dans » les intoxications intenses, le malade tombe dans le coma, et » il présente alors des convulsions cloniques, en particulier de » la face et des membres supérieurs. » Si nous avons reproduit cette description abrégée des accidents cocaïniques, dont personne ne s'exagère la gravité, c'est pour établir que les alertes chloroformiques ne sont pas plus graves que celles de la cocaïne. Avec quelques flagellations de la face ou quelques tractions de la langue, elles cessent vite, tandis que les alertes cocaïniques durent souvent plusieurs heures, même avec des doses minimes d'alcaloïde.

Il est à notre avis plus facile de faire des extractions sur un malade inerte que sur un malade qui ne peut pas toujours s'empêcher de lutter lorsqu'il perçoit le contact du davier ou le craquement de la déchirure ligamenteuse ; ces tentatives de lutte, qui, provoquées parfois par l'excitation due à l'agent anesthésique lui-même, ne sont pas rares au cours des extractions à la cocaïne, ne s'observent pas sur des malades chloroformisés.

Pour nous placer un instant sur le terrain de l'enseignement nous croyons, et tel est l'avis de la plupart de nos élèves, qu'il n'est pas de meilleure méthode pour apprendre l'extraction que celle qui consiste à la pratiquer sur des malades endormis ; là, en effet, sans crainte d'effrayer le malade, le maître peut contrôler que le davier est en bonne place, faire remarquer à l'élève qu'il s'expose dans tel mouvement du davier à contusionner les lèvres, faire assurer une prise plus profonde, s'opposer à un effort pratiqué en mauvaise direction, etc. Nous reconnaissons volontiers que c'est principalement grâce à la cocaïne que l'extraction dentaire est

devenue une opération réglée, mais nous voudrions bien ne pas entendre nos adversaires chercher à nous assimiler aux « opérateurs brillants qui, armés d'un élévateur, piochaient rapidement dans un alvéole ». Aucun de ceux qui se font les protagonistes dentaires de l'anesthésie générale ne pratique, ni sous le chlorure d'éthyle, ni sous le chloroforme, les extractions avec brusquerie ; l'extraction dentaire est pour tous une opération réglée et rationnelle ; ces protagonistes formeront école et leurs élèves opéreront posément et doucement.

Nous ne relevons pas le reproche de violence adressé aux extractions faites durant la narcose chloroformique : le relâchement des muscles du cou s'oppose à toute brusquerie, tandis que, d'autre part, l'insensibilité absolue du malade permet d'assurer une prise profonde qui amoindrit les chances de fracture.

Nous ne considérons pas comme ayant une valeur scientifique l'argument formulé contre l'anesthésie générale : *elle expose à la chute d'une dent dans le pharynx et à son entrée dans les voies respiratoires.* Nous supposons avoir affaire à un opérateur attentif et adroit, incapable de laisser une dent s'échapper dans la cavité pharyngienne, accident rendu plus rare avec la position de Röse.

L'opérateur est, nous reproche-t-on, gêné par le sang dans les extractions multiples pratiquées sous le chloroforme. Dans la position de Röse, grâce à laquelle nous avons toujours un éclairage suffisant de la cavité buccale, le sang s'accumule dans la concavité de la voûte palatine et n'empêche nullement l'examen constant de la région gingivo-dentaire. D'ailleurs les hémorragies consécutives aux extractions sont d'ordinaire peu abondantes, et, si elles le deviennent, nous avons à notre disposition toute une série de procédés hémostatiques rapides (adrénaline, penghawar, etc.) qui nous permettent, après les avoir arrêtées, de voir, en cas de dent fracturée, « sur l'os blanc la racine qui se détache en » couleur grisâtre avec la section noire du canal au milieu ».

Nous ne croyons pas devoir répondre à cette objection formulée par M. Sauvez, à savoir que l'anesthésie générale ne permet pas de faire une opération sûrement complète. Il faut, à notre avis, n'avoir guère d'arguments scientifiques à nous opposer pour essayer d'insinuer que toutes les dents cassées sur les malades endormis ne l'auraient pas été avec la cocaïne. Nous sommes parfois bien contents de pouvoir user de l'hypnose chloroformique lorsque, après avoir fracturé une dent cocaïnée ou non, nous en sommes réduits, par la volonté du malade ou la menace d'accidents infectieux, à cette extrémité que M. Sauvez montre si redoutable. A entendre notre contradicteur, c'est l'anesthésie générale qui est responsable de tous les fragments radiculaires qui restent dans les alvéoles : les anomalies radiculaires, par exemple, ne jouent plus aucun rôle dans la genèse des fractures des dents au cours de l'extraction.

Enfin l'on reproche aux anesthésiques généraux de longue durée toute une série d'accidents qui surviendraient après l'opération et que l'on éviterait avec la cocaïne. On nous reproche de condamner notre malade à rester étendu 12 ou 24 heures, « la tête basse, avec une garde pour tourner la tête de côté ». Mais est-ce que M. Reclus ne conseille pas aussi de laisser un malade cocaïné, durant 3 à 4 heures, dans la position horizontale ? Combien d'heures resterait donc couché un malade auquel il faudrait faire 4 à 5 séries de piqûres pour 10 à 12 extractions, à raison de 3 à 4 heures par série de piqûres ? Ce ne sont pas là des objections scientifiques, puisque chacun peut en adresser de semblables à son adversaire.

Aux vomissements post-chloroformiques que nous ne nions pas, mais que nous observons rarement avec la méthode des gouttes, nous répondrons par les malaises prolongés de la cocaïne. Aux insomnies prolongées, nous répondrons en rappelant quelques cas connus d'accidents cocaïniques post-opératoires et de bien plus longue durée : cas de Mayerhausen (*France médicale*, 27 février 1886) : 0 gr.

05 de cocaïne = céphalalgie, sécheresse de la gorge, nausées, agitation, inappétence pendant 48 heures; — Cas de Galezowski (*Tribune médicale*, 1er janvier 1888) : 0 gr. 015 de cocaïne = titubation, embarras paralytique de la langue pendant trente heures ; — Cas de Mannheim (*Berliner Klin., Woch.*, 1888, p. 583) : 0 gr. 02 de cocaïne = troubles de la circulation, angoisse, excitation cérébrale durant trois heures ; trois jours après, nouveaux accès suivis d'autres accès pendant des semaines ; — cas de Williams (*New-York medical journal,* cité par Mattison) : 0 gr. 03 de cocaïne = troubles de la vue durant une semaine.

Arrêtons ici cette énumération, qui pourrait devenir fastidieuse et renvoyons le lecteur à la thèse de Delbosc[1] où il trouvera de nombreuses observations d'accidents cocaïniques de longue durée.

3° Avantages des anesthésiques généraux de longue durée.

Nous pensons avoir répondu aux nombreuses objections formulées contre l'emploi des anesthésiques généraux de longue durée en art dentaire ; nous en laissons une de côté, celle qui a trait à la médecine légale ; nous y reviendrons à la fin de notre travail, parce qu'elle concerne aussi bien le chloroforme et l'éther que les anesthésiques généraux de courte portée. Nous allons maintenant examiner les avantages de l'anesthésie chloroformique ou éthérique, tout en faisant remarquer qu'un bon nombre de ces avantages découlent précisément des indications cliniques que nous avons formulées, et que d'autres ont été mis en évidence au cours de la longue étude critique de ce que les partisans les plus intransigeants de la cocaïne appellent les dangers de la chloroformisation.

La chloroformisation permet la suppression *absolue* et *certaine* de la *douleur,* dans *toutes* les opérations dentaires,

---

1. E. Delbosc, *De la cocaïne et de ses accidents, étude expérimentale et clinique.* Thèse Paris, 1889. H. Jouve, éditeur.

même les plus longues, même les plus compliquées. Tous les cas cliniques que nous avons dit être du domaine des anesthésiques généraux de longue durée, extractions de dent de sagesse inférieure avec trismus, de dents anormalement placées sur le bord alvéolaire, de dents fracturées, extractions multiples, etc. (V. plus haut, pages 28 à 35) tout cela peut être fait, complètement, en tenant toujours au malade la promesse faite de l'*opération sans aucune douleur*. Nous avons déjà longuement expliqué cet avantage incontestable de l'anesthésie générale à propos des anesthésiques de courte durée ; elle seule permet, par exemple, d'extraire sans aucune souffrance une ou plusieurs dents atteintes de périostite aiguë ou entourées d'abcès. Nous ne reviendrons pas sur l'objection faite aux anesthésiques de courte durée, à savoir que, en cas de périostite aiguë, la douleur reparaît dès le réveil, car, étant donné la lenteur du réveil chloroformique, la douleur disparaît longtemps avant que la conscience du malade soit parfaitement rétablie.

Les anesthésiques généraux de longue durée permettent seuls de faire, en une séance unique, des extractions nombreuses, et par suite de mener à bonne fin le traitement complet que le dentiste conçoit et propose. Étant donné la mentalité spéciale des malades qui ont de nombreuses dents à arracher, ce traitement complet ne pourra être mené à bonne fin avec les injections de cocaïne : les occupations du malade, sa frayeur du dentiste, la crainte d'une nouvelle série de piqûres, interviendraient la plupart du temps pour empêcher le malade de venir continuer le traitement commencé.

Extraire toutes les dents malades en une seule séance, c'est débarrasser le malade d'un seul coup de tous les foyers d'infection contenus dans sa cavité buccale. N'est-ce pas là un argument de haute valeur scientifique lorsqu'on se rappelle les remarquables travaux de notre maître, M. le Pr Sebileau, sur les septicémies bucco-dentaires et le mémoire de

M. Galippe[1], présenté récemment à la Société de Biologie et dont on peut extraire les conclusions suivantes : « Toutes » les suppurations et infections d'origine bucco-dentaire sont » capables d'amener la mort par néphrite aiguë, et de pro- » voquer des désordres graves atteignant l'appareil respira- » toire, l'appareil digestif, voire même le cœur (endocardite » septique fatale). » En présence de pareils dangers d'infection généralisée, nous soutenons qu'il est dangereux de ne pas se hâter de supprimer les foyers septiques que constituent les dents profondément cariées, et nous ne pouvons conseiller de sérier les extractions pour les faire avec la cocaïne.

Extraire les dents malades en une seule séance, c'est empêcher, nous le répétons encore, l'infection des alvéoles vides par les dents non encore extraites. Comment peut-on éviter les eschares observées à la suite d'injections de cocaïne, alors qu'on connaît le rôle joué par l'infection dans la production des eschares post-cocaïniques ? L'asepsie parfaite des premières piqûres, leur absence d'infection secondaire ne nous paraissent pas possibles. Avec le chloroforme, la désinfection buccale est faite d'un seul coup, et les désordres gingivo-alvéolaires ne sont pas plus considérables, puisque nous opérons sans aucune violence, sur un sujet inerte.

Extraire les dents malades en une seule séance, cela permet de placer plus rapidement l'appareil prothétique, pour lequel ces extractions multiples sont toujours faites. Il faut une à deux semaines pour pratiquer 12 à 15 extractions avec des séries de piqûres ; durant ce temps, si tout est arraché en une fois, la cicatrisation fait de rapides progrès. Nos adversaires ne considèrent pas cet avantage comme important : rétablir une ou deux semaines plus tôt l'intégrité de la fonction de mastication chez des malades qui n'ont jamais « trouvé le temps de se faire soigner », cela n'est pas inté-

1. V. Galippe, *A propos des infections d'origine buccale.* Société de Biologie, 1903.

ressant. Tel n'est pas notre avis : c'est précisément parce que ces malades ont depuis longtemps leur bouche infectée et leur mastication incomplète ou nulle qu'il y a un intérêt capital à leur donner aussi vite qu'il est possible un appareil dentaire. L'on nous parle bien de la possibilité qu'a le malade soumis à des extractions successives avec la cocaïne de continuer à mastiquer sur un côté ; nous ne pouvons considérer comme un avantage de condamner un malade à mastiquer durant quelques jours, ou même quelques semaines, puisque M. Sauvez conseille d'attendre que le premier côté soit à peu près cicatrisé pour opérer l'autre, sur des racines aussi infectées que celles que nous avons en vue lors d'extractions multiples. Nous préférons obliger nos malades à manger des aliments liquides durant quelques jours de plus, plutôt que de les condamner à broyer des aliments solides sur des racines ou des débris de dents, et à avaler ces aliments, après les avoir infectés sur ces racines ou débris laissés pour d'autres séances.

Il est un dernier avantage en faveur de l'anesthésie générale pour extractions multiples, c'est la cicatrisation plus rapide, permettant la pose plus précoce d'un appareil prothétique. Nous pensons que la cocaïne, en injections dans des gencives fortement infectées, peut, par elle-même, par le liquide de l'injection ou par les infections consécutives, retarder la cicatrisation gingivale. Nous sommes constamment frappés de l'état avancé de la cicatrisation lorsque, au bout d'un mois, nous examinons des malades auxquels les extractions ont été faites avec l'anesthésie générale ; en comparant un certain nombre de ces malades avec des malades cocaïnés, il nous a paru, en ne basant notre examen qu'à partir de la dernière piqûre de cocaïne, qu'il y avait un avantage marqué en faveur de l'anesthésie générale. Notre excellent confrère M. Loup est d'ailleurs de cet avis : il nous l'a rappelé récemment [1]. Nous reconnaissons volontiers que

---

1. M. Loup, *Considérations sur le mélange anesthésique cocaïne-adrénaline*, communication faite à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 2 février 1904, in *Odontologie*, n° du 15 mars 1904, pages 223 à 231.

nos observations sur ce point particulier n'ont pas toute l'autorité scientifique qu'elles pourraient avoir parce que la rapidité de réparation varie avec le terrain, avec l'état local et les soins antiseptiques, qu'elle dépend aussi de l'habileté de l'opérateur, etc... Il y a là matière à un travail fort intéressant que nous serions heureux de voir entreprendre par l'un de nos élèves. Mais, comme la cocaïne, dans les milieux infectés que nous constatons quand de multiples extractions sont rendues nécessaires, expose à des eschares ou à des nécroses, nous croyons pouvoir affirmer que l'anesthésie générale rend la cicatrisation plus rapide et plus régulière.

Nous en aurons terminé avec ce long travail lorsque nous aurons réfuté ce que M. Sauvez appelle « arguments de médecine légale ».

Sans nous demander ce que viennent faire, dans une discussion purement scientifique, des conceptions savantes d'habiles plaidoiries d'avocat, qui « ne manquerait pas de dire que toute cette mise en scène était faite dans le but de sembler faire une opération extraordinaire, quand, au fond, c'était une simple extraction », nous tenons à répondre, au nom de tous ceux qui, comme nous, font souvent de l'anesthésie générale pour l'extraction d'une seule dent, que notre pratique ne relève pas de pareilles coutumes ; nous avons, autant que quiconque, le souci de l'intérêt de nos malades, et ce n'est pas pour frapper leur imagination que nous leur conseillons la narcose complète. Nous donnons à nos malades la suppression absolue et certaine de la douleur, et le qualificatif que l'on nous attribue (Voir Sauvez, *loco citato*, p. 343), si le malade se réveille avant la fin de l'extraction, ne peut nous convenir.

Cette mise au point faite, discutons donc les arguments en question. Si l'anesthésique général, quel qu'il soit, a été bien administré, suivant toutes les règles scientifiques établies, il ne saurait y avoir de poursuites judiciaires. La loi de 1892 a donné au chirurgien-dentiste le droit à l'anesthé-

sie générale : il peut donc la pratiquer en toute sécurité, dans tous les cas où sa conscience et ses connaissances spéciales lui ordonnent de l'appliquer, et nous ne pensons pas que personne puisse lui contester ce droit.

Le tribunal peut, nous dit-on, discuter l'anesthésie générale « avec une certaine âpreté, lorsqu'il s'agit de l'extraction d'une dent ». Nous ne croyons pas que le tribunal ait jamais à statuer sur cette question d'opportunité, mais nous soutenons volontiers que la narcose est tout aussi indispensable pour l'extraction d'une dent infectée que pour la cure radicale d'une hernie : la dent peut donner naissance à des accidents septicémiques rapidement mortels, de même que la hernie peut s'étrangler.

La dent peut, nous dit-on, avec toute l'histoire dentaire à l'appui, être extraite à l'état de veille ; mais de quel droit peut-on condamner celui dont la profession tout entière est de lutter contre la douleur d'autrui, pour avoir employé un procédé qui, seul entre tous, l'autorise à promettre la suppression absolue de la douleur? A-t-on poursuivi les chirurgiens qui ont eu des décès sous le chloroforme administré pour réduire une luxation de l'épaule, ou même pour un simple examen qu'ils jugeaient difficile à pratiquer à l'état de veille par suite des douleurs violentes de l'affection? De quel droit poursuivrait-on le chirurgien-dentiste qui endort un malade pour une ou plusieurs extractions dentaires, qui, comme la réduction d'une luxation de l'épaule ou un examen clinique, pourraient être faites à l'état de veille, sans le secours d'aucun anesthésique même local. Nous cherchons en vain pourquoi la justice serait plus sévère pour l'un que pour l'autre, puisque la loi sur l'exercice de la médecine a donné, en 1892, à l'un et à l'autre les mêmes droits à l'anesthésie.

Il est une phrase de M. Sauvez que nous tenons à reproduire pour la relever dans tout ce qu'elle nous paraît avoir de grave et de dangereux pour la profession tout entière : « Il » y a un raisonnement de bon sens que ne manquera pas de » faire le tribunal et qui prime tout : si, dans le cas qui se

» présentait, l'opération, peu importante, pouvait être faite » sans douleur avec l'anesthésie locale comme avec l'anes- » thésie générale, et c'est ce que nous avons supposé, le mé- » decin qui a conseillé l'anesthésie générale a fait courir » inutilement un risque de mort au malade qui se confiait à » lui, a manqué à son devoir d'homme, de médecin et a eu » une conduite blâmable. »

Une fois la dent enlevée, aucun expert nommé par le tribunal ne pourra établir si l'opération pouvait être faite sans douleur avec l'anesthésie locale comme avec l'anesthésie générale ; cette évaluation de la suppression certaine de la douleur dépend d'un grand nombre de facteurs dont la plupart disparaissent avec la vie, et il ne reste plus debout que le blâme mérité par celui qui fait de l'anesthésie générale pour extraire des dents. En vertu de quel article de loi, en vertu de quelle règle de morale ce blâme est-il décerné à tous ceux qui font chaque jour des narcoses même pour une dent que l'on pourrait enlever avec la cocaïne ? En endormant nos malades, nous obéissons tous au désir légitime d'empêcher une souffrance, et nous nous étonnons de trouver sous la plume d'un des nôtres un argument que le ministère public ne manquera pas de relever si l'un de nous est un jour ou l'autre poursuivi pour un accident d'anesthésie : ce n'est pas aux dentistes de fournir à l'avance les bases de l'accusation.

Les risques de mort ne sont pas aussi grands que M. Sauvez veut bien le dire : nous avons établi, avec les mêmes statistiques que lui, qu'avec les anesthésiques de courte durée ce risque de mort était nul, puisqu'il n'y a pas, pour le chlorure d'éthyle et le somnoforme, un décès sur plus de 50.000 cas, et que chacun connaît les statistiques presque vierges du protoxyde d'azote. Ce sont surtout les opérations pratiquées sous ces anesthésiques courts que M. Sauvez vise dans le passage incriminé, puisqu'il parle d'opération peu importante. Pour notre part nous avons conscience que le dentiste qui soumet un malade à la narcose pour l'extraction néces-

saire d'une dent ne mérite aucun blâme. M. Reclus n'a jamais été aussi loin : lorsqu'il conseille aux chirurgiens de pratiquer l'extirpation de la mamelle, la castration, la suture de la rotule, etc., avec la cocaïne, il n'a jamais blâmé ceux de ses collègues qui continuent à pratiquer ces opérations sous la narcose complète. L'anesthésie générale est aussi nécessaire au chirurgien-dentiste qu'au chirurgien : celui qui la pratique ne manque ni à son devoir d'homme, ni à son devoir de médecin. Il se livre pleinement à l'exercice d'un droit que la loi lui a donné et nul n'a pouvoir pour l'en blâmer.

L'on nous parle aussi de dépositions sensationnelles faites chez le commissaire de police après des narcoses complètes, pratiquées par un dentiste sans aucun assistant ; on nous rappelle même la prison préventive subie par l'un des nôtres à la suite d'une dénonciation faite par une hystérique. Mais il n'est pas nécessaire d'endormir une hystérique avec le chloroforme ou le chlorure d'éthyle pour qu'elle soit capable de broder une histoire plus ou moins dramatique : la cocaïne éveille aussi chez certaines femmes des idées érotiques et l'accusation suit vite l'éveil des idées chez les névropathes. Nous n'insistons pas sur cet argument trop spécieux ; nous pourrions citer des exemples de dépositions sensationnelles faites contre des hommes honorables par des femmes névrosées qui n'avaient été soumises à aucune médication : le mensonge inconscient des hystériques est maintenant trop connu pour qu'il ait en justice une valeur quelconque.

La conclusion que l'on pourrait tirer de la véritable *philippique* de M. Sauvez, c'est l'inutilité de l'anesthésie générale en art dentaire. De là à déclarer que le législateur de 1892 a donné au chirurgien-dentiste une pratique dont il n'a pas besoin, il n'y a qu'un pas, et, si nous laissions sans réplique de pareils travaux, le législateur futur n'hésiterait peut-être pas à enlever au dentiste le droit à l'anesthésie générale. C'est donc pour montrer à tous, non seulement que l'anes-

thésie générale n'est pas aussi dangereuse qu'on veut bien le dire, mais encore que son emploi est indispensable pour les dentistes, que nous ayons donné à notre communication un développement qui pourra paraître excessif.

C'est parce que nous croyons à l'utilité de l'anesthésie générale pour les dentistes que nous avons, avec le concours éclairé de la direction de l'École dentaire, et particulièrement avec la collaboration de notre ami Martinier, donné à l'enseignement pratique de l'anesthésie générale un développement et une ampleur que l'on songe à critiquer. Le dentiste complet tel que nous le comprenons n'est pas seulement le praticien exercé longuement à la dentisterie opératoire, à la clinique et à la prothèse dentaires, il est aussi l'anesthésiste rompu à la pratique de l'anesthésie générale. Aux droits conférés par le législateur de 1892 correspondent des devoirs indiscutables : c'est pour apprendre aux futurs chirurgiens-dentistes ces nombreux devoirs que nous avons développé cet enseignement à l'École. Nos élèves seront des anesthésistes habiles et instruits, capables d'exercer pleinement, et avec la responsabilité que donnent de solides connaissances acquises par la pratique, cette branche spéciale de notre complexe profession.

L'anesthésie générale est une science presque dentaire ; n'a-t-elle pas pour fondateurs de simples dentistes : Horace Wells, Morton, Carlson et tant d'autres, qui ont créé des méthodes d'anesthésie générale, ont tracé leurs devoirs aux dentistes de l'avenir ! Les plus violentes attaques ne s'adressent qu'aux ennemis jugés redoutables ; l'attaque d'aujourd'hui n'arrêtera pas l'envahissement progressif de l'anesthésie générale. Découverte par des dentistes, l'anesthésie générale évoluera et progressera par des dentistes : nul effort n'arrêtera sa marche et son développement.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an, }
Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS, **TÉLÉPHONE 214.53.**

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre. **149 élèves** reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens des deux sessions 1903 : 40 élèves reçus sur 50 élèves. **Les 4/5 du cours de 1901, 1902 et 1903 reçus.** Envoi des noms et adresses des diplômés.

Préparation spéciale par le Docteur **Achille LOMBARD** O. ■ C. ✱. ancien Secrétaire du Jury de la Sorbonne, 3, boulevard Sébastopol, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

DENTS XXᵉ SIÈCLE

Dr Carlier, seul concessionnaire pour la France, 61, rue de Flandre, PARIS.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214.53.**

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, **TÉLÉPHONE 218.69.**

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, *près la Bourse*, PARIS. **TÉLÉPHONE 288.79.**

Mamelzer et fils, 40, rue Croix-des-Petits-Champs, PARIS. **TÉLÉPHONE 306.77.**

H. Ningler et Lemesle, 12, rue des Immeubles industriels.

Reymond frères
- 22, rue Le Peletier, PARIS. **TÉLÉPHONE 312.91.**
- 44, place de la République, LYON.
- 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES.
- 3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. **TÉLÉPHONE 223.04.**

Société Française de Fournitures Dentaires. — 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris. **TÉLÉPHONE 214.47.** Adr. télég. : Sociédents. — *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Vve J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. **TÉLÉPHONE 923.48.**

(Voir la suite page 624.)





OSTÉOPÉRIOSTITE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR, CONSÉCUTIVE A LA CHUTE TARDIVE DES MOLAIRES TEMPORAIRES.

Par MM.

Dr Pont, Directeur de l'Ecole dentaire de Lyon. | Georges Leclerc, interne des hôpitaux.

L'observation suivante, que l'un de nous a recueillie dans le service de son maître, M. le Dr Gangolphe, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, semble au premier abord devoir intéresser seulement les stomatologistes et les dentistes. Elle nous a paru cependant, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique, mériter d'être publiée ici.

Observation.

Rien à relever d'intéressant dans les antécédents héréditaires.

Personnellement, la malade tousse depuis de longues années. Elle nie la syphilis et ne semble pas, en effet, avoir jamais présenté d'accidents spécifiques. Depuis une dizaine d'années la malade souffre des dents. Mais c'est surtout depuis trois ou quatre ans que ces douleurs sont devenues intenses et répétées : elles se sont, de plus, localisées au maxillaire supérieur droit. A cette époque les deux dents situées en arrière de la canine supérieure droite et qui étaient, comme nous le verrons plus loin, non pas des prémolaires, mais des molaires temporaires, commençaient à se carier. L'une d'elles s'élimina spontanément par petits morceaux ; quelque temps après l'autre fut enlevée par un dentiste qui ne put l'ôter qu'en l'effritant. Le dentiste consulté plaça alors un dentier à la malade en lui disant *qu'il y avait encore quelque chose au fond de l'alvéole et qu'il croyait que c'était une autre dent.* Les fluxions dentaires devinrent alors de plus en plus fréquentes. Enfin, il y a un an environ, la région malade commença à être le siège d'une évacuation de pus.

C'est à cette époque que, sur les conseils de son dentiste, la malade vint consulter une première fois M. Gangolphe. Elle revient aujourd'hui à l'hôpital se plaignant toujours de douleurs dentaires au niveau des dernières dents supérieures droites et d'une évacuation abondante et incessante de pus dans cette région.

En examinant le maxillaire supérieur droit, on constate que le rebord alvéolaire et toute la partie de l'os qui fait saillie dans le sillon gingivo-labial au niveau des molaires, ont augmenté de volume. Sur le rebord alvéolaire on aperçoit une surface osseuse noirâtre, ressemblant à un séquestre. A ce niveau on voit sourdre quelques gouttes de pus. Jamais la malade n'a présenté aucun signe permettant de supposer que ce pus venait du sinus maxillaire. En somme, l'affection présente assez bien l'allure et les symptômes d'une ostéite syphilitique du maxillaire supérieur, avec séquestre en voie de formation.

Le 27 novembre, M. Gangolphe intervient. Après avoir enlevé une des gros-

ses molaires supérieures droites, il essaie de mobiliser le prétendu séquestre. Mais celui-ci semble adhérent de toutes parts et sa mobilisation est impossible. M. Gangolphe attaque alors le séquestre à sa périphérie à la gouge et au maillet : il tombe presque immédiatement sur un corps de consistance extrêmement dure et très différente de celle de l'os avoisinant : c'était une dent qui se trouvait incluse dans le maxillaire. M. Gangolphe l'enlève et constate qu'elle est parfaitement conformée. Continuant alors à creuser dans l'os, il rencontre bientôt une autre dent qu'un coup de gouge casse en deux fragments : ceux-ci sont enlevés successivement ; le fragment supérieur, qui se dirigeait en haut et en dedans, s'étendait jusqu'au voisinage des fosses nasales.

Après l'ablation des deux dents, on peut voir qu'elles étaient contenues dans deux petites loges, sortes de niches creusées dans l'épaisseur de l'os, qui était condensé et éburné à leur niveau.

M. Gangolphe, ayant fait sauter le pont osseux qui séparait ces deux loges, bourra la cavité obtenue avec une mèche. Quinze jours après la malade est sortie du service bien guérie.

La nécrose était donc toute superficielle : elle cachait deux dents incluses dans le maxillaire et, ainsi que nous l'avons dit, parfaitement conformées : ces dents sont construites sur le type des prémolaires supérieures.

En présence de cette malade, le diagnostic ne laisse pas d'être embarrassant : l'un de nous, après avoir examiné la malade et les pièces après l'opération, pense que les accidents sont dus à une persistance anormale des molaires temporaires supérieures droites. Ces dents, qui auraient dû tomber vers l'âge de dix ans pour faire place aux prémolaires, étaient restées en place, laissant incluses dans le maxillaire les dents permanentes qui devaient les remplacer. Ces prémolaires incluses avaient ensuite provoqué des accidents de périostite et d'ostéite comparables à certains points de vue à ceux provoqués par l'éruption de la dent de sagesse.

Avant l'opération, ou pouvait croire à une ostéite du maxillaire supérieur avec séquestre en voie de formation, et, effectivement on avait pensé tout d'abord à une ostéite syphilitique. Mais l'intervention montra, comme nous l'avons vu, qu'il n'y avait pas de séquestre et qu'il s'agissait d'autre chose.

Nous éliminerons tout de suite l'hypothèse d'un kyste dentigère pour des raisons multiples dont la plus évidente est qu'il n'y a pas de kyste. On sait d'ailleurs que ces kystes sont surtout fréquents au maxillaire inférieur. D'autre part, la malade raconte que, lorsque le dentiste consulté lui eut enlevé les débris d'une de ses prémolaires, il y avait encore quelque chose au fond de l'alvéole : une dent, croyait-il. C'était vraisemblablement en effet une des dents trouvées incluses dans le maxillaire pendant l'opération : or jamais on ne voit les dents d'un kyste dentigère pointer ainsi à l'extérieur.

On pourrait penser également à des dents surnuméraires incluses. Mais cette hypothèse doit être éliminée ; car dans ce cas les dents ne revêtent jamais une forme anatomique précise, et ici les deux dents présentent la forme typique des prémolaires supérieures. D'ailleurs les dents surnuméraires sont excessivement rares au niveau des prémolaires.

Par contre, l'interrogatoire attentif de la malade démontre que les prémolaires n'ont jamais existé : elle dit qu'elle a toujours eu à ce niveau des dents en mauvais état et que depuis longtemps il existait en avant de la première molaire supérieure droite une dépression assez marquée. En effet, en examinant l'appareil de prothèse qu'elle porte, on constate à ce niveau un renflement. Cette dépression n'existerait certainement pas si la deuxième prémolaire supérieure droite avait fait son éruption et si elle avait été extraite : dans ce cas, la cicatrisation gingivale se fait pour ainsi dire à plat et l'on ne constate jamais dans la suite de dépression comme chez la malade. En outre, nous avons dit que, lorsque le dentiste consulté eut enlevé les débris de la dent de lait, une autre dent pointait encore à l'extérieur.

Il s'agit donc d'un cas de persistance anormale des molaires temporaires dans lequel les prémolaires permanentes, restées incluses dans le maxillaire, provoquèrent des symptômes assez graves de périostite et d'ostéite. L'examen des pièces nous donne d'ailleurs la raison vraisemblable de cette inclusion : on remarque, en effet, sur l'une des dents trouvées dans le maxillaire, un petit odontome radiculaire qui fait que cette dent, normalement effilée du côté de sa racine, est au contraire plus large à ce niveau du collet. Une telle disposition, présentée par une prémolaire permanente, peut évidemment s'opposer à l'éruption de cette dent et déterminer par suite la persistance de la molaire temporaire correspondante.

Cette observation nous montre donc que la persistance anormale des dents de lait, chose qui n'est pas rare, doit attirer l'attention du praticien, non seulement en vue de l'esthétique et de la gêne masticatoire, mais aussi à cause des troubles pathologiques assez sérieux qui peuvent en résulter.

 Suite de la page 620

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie,* à Chateauroux.
J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*École Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à Paris.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Amalgame Fellowship.
L'Or Universel.
Ciment Fellowslip.
} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.

OPALINE, MEUBLES ASEPTIQUES.

L. Deglain, 88 et 92, quai Jemmapes, Paris.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. **Dr Bengué,** 47, rue Blanche, Paris.
Hypnoforme (chlorure d'Ethyle spécial).
Chloroforme, chimiquement pur.
} Chevretin et Lematte, 24, rue Caumartin. TÉLÉPHONE 245.56.
Anesthésique local du Dr R. B. Waite.
Somnoforme.
Stovaïne Billon.
} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214.47.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Adrénaline Clin. **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.
Ampoules MOREAU pour l'*Art dentaire* (*cocaïne*, *tropacocaïne*, etc.).
Ampoules MOREAU à la *Stovaïne* 1 et 2 cc³ — 2 fr. et 2 fr. 50. Paris, 5, Rond-Point de Longchamp, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Société coopérative.
Formyl-Géranium.
Xyléna. Liquide antiseptique.
} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.

PROTHÈSE A FAÇON.

Blau, frères, 100, rue des Dames, Paris.
Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). TÉLÉPHONE 550.73.
Charles Mille, 15, rue du Four, Paris-6e.
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

Revue des Sociétés savantes

Société de Chirurgie.

25 mai 1904.

Prothèse faciale métallique. — ***M. Sebileau*** présente le malade qu'il avait déjà amené devant la Société il y a quelque quinze mois (Voir *La Presse Médicale*, 1903, n° 35, p. 345), et chez lequel il a restauré, à l'aide d'une pièce métallique (plaque d'or perforée), une large brèche frontale consécutive à la trépanation de toute la paroi antérieure du sinus frontal gauche. A cette époque, la plupart des membres de la Société qui avaient pris part à la discussion de cette présentation avaient conclu à une élimination prochaine de la pièce métallique par raréfaction osseuse de voisinage. Or, on peut se convaincre actuellement que cette plaque tient toujours très bien, qu'elle n'a aucune tendance à l'élimination, malgré le milieu infecté dans lequel elle séjourne, et qu'enfin le résultat esthétique est tellement parfait qu'il est impossible, à première vue, de savoir de quel côté a eu lieu la prothèse.

Hypertrophie du maxillaire inférieur (acromégalie). — ***M. Tuffier*** présente une jeune fille de vingt-deux ans, dont le maxillaire inférieur s'est accru, dans ces derniers temps, de façon inquiétante. Cet accroissement semble avoir son siège au niveau des angles de la mâchoire. Actuellement, la propulsion de l'os en avant est telle que les dents inférieures ou supérieures ne s'opposent plus et que la malade est dans l'impossibilité de mâcher ses aliments.

M. Tuffier voudrait bien connaître l'avis de ses collègues et sur la nature de cette lésion et sur le traitement qu'il conviendrait de lui opposer.

MM. Broca, Beurnier et Sebileau pensent qu'il s'agit probablement dans l'espèce d'un cas d'acromégalie, et qu'il vaut mieux n'y point toucher. M. Sebileau estime cependant qu'il serait facile, à l'aide d'un appareil prothétique, de rétablir l'opposition symétrique des arcades dentaires.

Société de Thérapeutique.

8 juin 1904.

Sur la pureté du chloroforme et sur certaines causes qui peuvent provoquer son altération. — ***M. A. Trillat.*** 1° Quelle que soit l'origine du chloroforme, la simple rectification donne toujours un produit chimiquement pur et l'on ne saurait établir de différence entre le chloroforme préparé par la chloruration de l'alcool ou par décomposition du chloral ;

2° La nature des impuretés qui se produisent dans le chloroforme est toujours la même ;

3° Etant donné la facilité avec laquelle le chloroforme peut subir l'influence des actions catalytiques, on est en droit d'admettre l'hypothèse de la formation de dérivés chlorés toxiques au cours même de la chloroformisation.

M. Patein. Les appareils de chauffage et d'éclairage au gaz brûlant dans la salle d'opération peuvent être encore une cause d'altération du chloroforme.

M. Laumonieu. La nature du masque, son degré de perméabilité peuvent également jouer un rôle important dans la production des dérivés toxiques, au cours de la chloroformisation.

M. Bardet. Avant d'incriminer la composition chimique du chloroforme, il serait logique d'examiner la nature et le mécanisme des accidents.

La syncope initiale peut s'expliquer

par l'action irritante sur les voies respiratoires.

Les accidents survenant au cours d'une chloroformisation prolongée s'expliquent par les propriétés physiologiques du chloroforme, qui peuvent devenir mortelles pour peu que l'on dépasse le but ou que le sujet soit prédisposé.

M. Barbier. Avant de pratiquer l'anesthésie, il serait bon d'examiner sérieusement les opérés et de préciser s'il y a quelque contre-indication.

M. Chevalier. Le mode d'administration a la plus grande importance. Les doses massives sont dangereuses. L'appareil de Raphaël Dubois est des plus recommandables.

M. Toulouse. La psychologie du sujet peut expliquer certains accidents.

On a vu des individus très émotifs mourir subitement avant même que la compresse imbibée de chloroforme ait touché leur visage.



REVUE ANALYTIQUE

T. Ward, ***Difficultés que rencontre le dentiste.*** *(Dental Cosmos,* mai 1904.)

Le dentiste rencontre dans l'exercice de sa profession un certain nombre de difficultés avec lesquelles il doit compter : la douleur, dans les opérations dentaires ; les accidents de pratique ; les bouches infectées, etc. La première est la plus grande de toutes. Il importe donc de la réduire au minimum ; il y a lieu à cet égard d'obtenir la confiance des patients, surtout s'ils sont jeunes, car cela les rend plus traitables.

B. Adair, ***Maladie de Riggs au point de vue du spécialiste.*** *(Dental Cosmos,* mai 1904.)

L'auteur expose son procédé de traitement de cette maladie. Son arsenal opératoire comprend une quinzaine d'instruments, y compris des fraises, des seringues, etc. qu'il stérilise avant que le patient s'asseye dans le fauteuil. Il aseptise d'abord le champ opératoire avec du dioxyde d'hydrogène très concentré, puis il fait faire un lavage de bouche.

Il commence l'opération en un point où la maladie n'a pas fait beaucoup de progrès, il dessèche chaque section successivement et applique une solution de cocaïne à 5 o/o sur des tampons de coton.

Il enlève d'abord les dépôts les plus larges, en passant autour de chaque dent et en ayant soin de ne pas léser la portion de tissu où la membrane péridentaire est intacte. S'il y a une hémorragie abondante, le patient se rince la bouche à l'eau chaude. On sèche alors avec l'air comprimé et l'on écarte les gencives de la dent.

Les racines une fois propres, on s'assure par la percussion qu'on est parvenu à l'alvéole sain. Les bords tranchants et minces d'os sont arrondis de façon à ce que le tissu mou déborde sur la surface opérée sans qu'il y ait de pointe d'os proéminente.

On ampute alors, s'il y a lieu, les racines de quelques dents. Les nerfs sont enlevés à la cocaïne et les canaux obturés à la gutta. En laissant un plan incliné sur la dent on obtient un nettoyage automatique.

On anesthésie une nouvelle section de la gencive, puis on lave les alvéoles avec une solution antiseptique chaude. Les dents branlantes sont ligaturées. Tout se fait en une séance et l'on ne touche plus aux gencives.

Comme traitement post-opératoire, on sèche les sections de gencive avec des serviettes aseptiques et une solution saturée d'iode dans de la créosote de hêtre, qu'on laisse couler autour des dents. On applique dessus de la glycérine et du tannin. Quand on enlève la serviette et que la salive arrive sur la gencive, elle y trouve un revêtement qu'on enlève au bout de 24 heures et qu'on remplace après lavage.

Ce traitement dure de 2 à 4 semaines ; au bout de ce temps la gencive peut résister à la mastication.

Le patient reçoit le conseil, le traitement fini, de revenir chaque mois pour suivre un traitement prophylactique. Naturellement il doit tenir sa bouche en bon état de propreté.

G. Bennett, ***Demi-coiffe verticale ou rétention du bridge.*** *(Dental Cosmos,* mai 1904.)

Il s'agit d'un nouveau système de fixation ou de rétention pour bridge imaginé par l'auteur en 1888, mais modifié. Tous les cas ainsi traités ont été des succès.

La dent est préparée en transformant les cavités proximales habituelles en rainures pratiquées pour les molaires et les bicuspides — entre les cuspides dans une direction disto-mésiale et, d'une façon générale, juste contre le bord de la gencive. La portion à coiffer est alors réduite et les pointes sont raccourcies de façon à ce que, quand la coiffe est en place, elle s'adapte exactement au collet de la dent et ne gêne pas l'articulation.

Ces coiffes comprennent 2 couches: l'intérieure, en or pur, est courbée, brunie et ajustée aux rainures et à la dent avec un fouloir à face ovale et un brunissoir ; l'extérieure ou couronne d'or ordinaire, courbée et brunie (recuite fréquemment) sur la première, qui est sur le modèle. Ces deux couches sont soudées par de la soudure d'or à 20 karats placée entre elles.

Ce procédé exige beaucoup de soin, mais comme cette demi-coiffe ne peut jamais être aussi solide qu'un ruban ou qu'une couronne, il n'est employé que pour les dents du devant.

O. Le Cron, ***Emploi de la porcelaine en dentisterie pour le continuous gum.*** (*Dental Cosmos,* mai 1904.)

Après un historique développé de la porcelaine, l'auteur indique que le platine sert de base dans le continuous gum et décrit le procédé classique de fabrication. Il recommande d'examiner soigneusement la bouche et d'indiquer exactement la place des muscles sur le modèle en plâtre pour déterminer les dimensions de la plaque. On prend l'articulation, puis on arrange les dents en ayant toujours deux points de la dent en continuous gum en contact avec la plaque, le pivot de platine et la racine de porcelaine.

Pour réussir il faut un grand soin et une grande propreté, et tout corps étranger venant en contact avec la porcelaine rend défectueux le travail.

Quand on est arrivé à la cuisson, la grosse question est celle de la contraction : il faut donc calculer celle-ci. Elle est due surtout à la réunion de particules qui étaient séparées préalablement par l'eau expulsée maintenant et à la fusion de quelques parties constitutives du corps.

Après une première cuisson, on applique une seconde couche et l'on recuit, ensuite on émaille, et l'on cuit à nouveau.

Ce manuel opératoire exige une grande expérience si l'on veut bien réussir.

Calvin S. Case, ***Origine, emploi et abus de la force intermaxillaire et ses rapports avec les forces de rétention occipitales et autres en orthodontie.*** (*Dental Cosmos,* mai 1904.)

Dans ce long article de 17 pages l'auteur, dont nous avons publié le remarquable travail d'orthodontie présenté au Congrès de 1900, examine d'abord l'origine de la force intermaxillaire et expose à ce sujet, sous forme de lettres, l'opinion de divers confrères bien connus, Baker, Angle, etc., puis il signale l'emploi et l'abus de la force intermaxillaire, son application dans des prognathismes anormaux, il étudie la force occipitale, l'emploi de la force intermaxillaire dans les malocclusions à articulation serrée, ainsi que dans les malocclusions à articulation ouverte, l'emploi et l'abus de sa valeur réciproque, enfin son emploi dans les rétrusions anormales.

De nombreuses figures, empruntées à un traité que prépare l'auteur en ce moment sous le titre *Technique et principes d'orthopédie dentaire,* ajoutent à l'intelligence du texte, qu'il est bien difficile de résumer dans une courte analyse destinée à figurer dans cette *Revue.*

Rix. T. G., ***Occlusion vicieuse des dents due à la succion de la langue.*** (*Dental Register et Brit. Journ. of. Dent. Sc. in Progrès Dentaire,* mai 1904.)

Il s'agit d'un enfant de 8 ans et 4 mois, ayant deux arcades dentaires bien formées, mais présentant du côté

droit une occlusion interne des dents supérieures s'étendant jusqu'à la canine temporaire. La cause en fut reconnue être due à la coexistence de ce fait que l'enfant depuis ses premières années suçait sa langue en même temps qu'il frottait entre ses doigts une couverture de laine. La pression élastique de la langue portant sur les dents en voie d'éruption était suffisante pour déterminer l'anomalie en question.

La couverture fut supprimée et en même temps l'enfant perdit l'habitude de sucer sa langue.

H. F.

Rix T. G., ***Accidents résultant de la présence de dents mortes dans la bouche.*** *(Dental Register, in Progrès Dentaire,* mai 1904.)

L'auteur raconte le cas d'un jeune homme qui, à la suite d'une opération d'empyème sur les sinus frontaux, était resté borgne ; il constata que la première molaire obturée du côté privé de la vue avait une apparence suspecte. La radiographie montra un épaississement de l'antre d'Highmore. La dent fut extraite et l'on constata que le sinus était rempli d'un liquide séro-sanguinolent. Après un traitement approprié, au bout de trois semaines, la vue était rétablie et la sinusité en bonne voie de guérison.

H. F.

Nogué, ***La stovaïne, anesthésique local en stomatologie.*** (*Arch. de Stomatologie,* avril 1904.)

Cet anesthésique mis en relief par les expériences récentes du professeur de Lapersonne est, au point de vue chimique, un chlorhydrate d'amyéline.

L'amyéline se prépare, en faisant réagir le chlorure de benzoyle sur le diméthylaminopentanol, cristallise en petites lamelles et fond à 175°, se dissout dans l'alcool méthylique et l'éther acétique, peu dans l'alcool absolu. Ses solutions se stérilisent facilement par la chaleur, et ne s'altèrent nullement par l'ébullition prolongée.

La dose mortelle pour le cobaye est d'environ 15 ctg./1000 pour 400 à 500 gr. du poids de l'animal. La crise débute 7 à 10 heures après l'injection par une parésie des membres postérieurs, précédant de violentes attaques convulsives qui se succèdent sans rémission jusqu'à la période comateuse.

Pour l'anesthésie locale, on emploie une solution au 1/00 stérilisée en injection dans la région gingivo-jugale sur le palais ou le plancher de la bouche, suivant la position de la dent à extraire.

Il résulte de vingt observations prises après l'emploi de la stovaïne pour une extraction de dents que dans cinq cas seulement le patient n'a éprouvé aucune douleur. Dans dix autres l'insensibilité était imparfaite et, dans les cinq derniers, il n'y avait aucune anesthésie.

H. F.

Wolgemuth (J.), ***Intoxication aiguë par la cocaïne.*** *(Archives de Stomatologie,* février 1904.)

M. J. Wohlgemuth relate l'observation d'un médecin présentant des phénomènes de cocaïnisation aiguë se manifestant par des troubles urinaires. Son urine contenait du sucre de raisin et jusqu'au septième jour après l'injection, on y décela la présence d'acide phéno-glycinonique. On avait soigné ce malade avec des injections camphrées, c'est ce qui explique la formation de cet acide par l'action de la cocaïne sur le camphre. Quant au sucre, sa présence est fréquente à la suite de diverses intoxications : elle caractérise la glycosurie toxique.

H. F.

Analgésie à la cocaïne dans l'opération de l'ongle incarné. (*Journal des Praticiens,* n° 22, 1904.)

Contrairement à l'opinion du professeur Tillaux, qui considère l'anesthésie à la cocaïne comme très douloureuse, des résultats parfaits ont été obtenus en l'employant pour l'opération de l'ongle incarné. Il faut se servir d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/100, bien stérilisée à l'autoclave et en injecter quatre ou cinq centimètres cubes de cette façon :

une injection sous-cutanée, au niveau de chaque nerf collatéral ; une injection intradermique au niveau du bourrelet qui doit être réséqué, une injection sous l'ongle, suivant la ligne d'incision au bistouri.

Cette analgésie n'a pas l'inconvénient de prédisposer à la gangrène, comme le fait l'anesthésie par réfrigération, qu'elle soit produite, par le chlorure d'éthyle ou par la glace.

H. F.

Contribution à l'étude des injections mixtes de cocaïne et d'adrénaline. (*Revue odontologique,* mai 1904.)

L'adrénaline, principe actif des glandes surrénales, se rencontre le plus ordinairement sous forme de chlorhydrate au 1/1000 ; c'est la solution mère : elle contient 5 gr. pour 1000 de chlorétone et constitue un hémostatique de premier ordre. On peut l'employer avec beaucoup de succès en l'associant à la cocaïne, en injections hypodermiques pour produire une anesthésie locale sans danger ; elle agit non comme anesthésique, mais comme antitoxique en absorbant la cocaïne. Son pouvoir vaso-constricteur, beaucoup plus fort que celui de la cocaïne, permet de mieux limiter le champ anesthésique. Pour les dentistes qui préfèrent s'adresser aux anesthésiques locaux, la cocadrénaline en injections hypodermiques est appelée à tenir dans cet ordre d'idées une place d'honneur.

Voici la formule de la solution à employer :

Chlorhydrate de cocaïne..	0,50
Solution mère d'adrénaline.	0,50
Eau distillée bouillie.....	100 »

H. F.

Theodor Kaas, ***Paralysie du nerf mentonnier consécutive à l'extraction d'une dent de sagesse de la mâchoire inférieure.*** (*Odontologitcheskoisé Obozrenié,* 1904, n° 2, p. 120.)

Il s'agit d'une dame à qui l'auteur fit l'extraction d'une dent de sagesse atteinte de pulpite. L'extraction fut facile, l'hémorragie modérée. L'une des racines de la dent était plus longue qu'elle ne l'est normalement, et fortement recourbée en dehors. Quelques instants après l'extraction, l'auteur put constater que tout le territoire innervé par le nerf mentonnier gauche (côté de la dent extraite), aussi bien la peau que la muqueuse labiale, était devenu insensible aux agents thermiques et mécaniques. L'auteur revit la malade plusieurs mois plus tard. Un grand nombre de modes de traitement avaient été employés, au nombre desquels l'électricité ; l'état de la malade avait cependant empiré. Outre la perte complète de la sensibilité normale, la malade se plaignait de ce que les boissons qu'elle prenait s'écoulaient par la commissure labiale gauche ; elle se plaignait, en outre, de difficulté de la mastication du côté gauche et de névralgies au niveau de la tempe.

Un an après, troubles cutanés dans le territoire du nerf mentonnier gauche et affaiblissement de la sensibilité dans les territoires cutanés des autres branches du nerf trijumeau gauche.

H. F.

Mort pendant une extraction de dents. (*Vratch. Gaz. Zoubovr. Vestnik,* mars 1904, p. 205.)

G..., chirurgien-dentiste, commence une série d'extractions chez une de ses clientes. La huitième dent venait d'être extraite lorsque la malade mourut subitement. L'autopsie montra que cette mort était due à une rupture du cœur.

H. Ch. F.

Extraction d'une dent suivie de mort. (*Vratch. Gazeta. Zoubovr-Vestnik,* avril 1904, p. 278.)

A Kichineff (Russie) un employé de la canalisation de la ville, M. Khromtchenkow, est mort à la suite de l'extraction d'une dent. Le 19 février 1904, il se rendit chez le chirurgien-dentiste Pouritz, se plaignant d'une violente douleur causée par une grosse molaire cariée de la mâchoire inférieure. La dent fut extraite. Il se forma bientôt un abcès au niveau du cou, comprimant le larynx. L'incision de l'abcès fut

pratiquée et l'opération avait semblé bien réussir lorsque deux jours après le malade mourut. On attribue sa mort à l'infection généralisée ayant eu pour point de départ l'infection de la plaie gingivale.

H. F.

Badcock, J.-H., ***Fracture du maxillaire inférieur produite dans une tentative d'extraction de la troisième molaire droite du bas.*** (*Progrès dentaire*, mai 1904.)

Il s'agit d'une femme d'un âge moyen ayant des récidives fréquentes d'inflammation dans la gencive entourant la dent de sagesse droite inférieure.

La dent était couchée horizontalement, presque entièrement enfouie. Elle voulut faire enlever sa dent à tout prix, malgré les conseils du dentiste.

Elle fut endormie, mais l'opération ne réussit pas. La dent resta et la mâchoire fut fracturée. La radiographie montra qu'on avait affaire à une union fibreuse et que la ligne de la fracture s'étendait horizontalement jusqu'au point de jonction des branches horizontales et montantes.

La dent fut néanmoins extraite avec la plus grande facilité deux mois plus tard. La douleur diminua aussitôt et par la suite la patiente n'eut plus aucun accident.

Murphy, J.-B., ***Traitement de la névralgie du trijumeau par les injections d'acide osmique.*** (*J. of the Am. med., Ass.* 1903, p. 496.)

Chez un homme de 76 ans qui souffrait depuis 16 ans de névralgie faciale, la douleur reparaît après avoir cessé quelque temps à la suite d'une intervention sur le maxillaire supérieur. Le sujet s'appauvrit, devient artérioscléreux, ce qui rend un nouveau traitement chirurgical très dangereux ; l'excision du ganglion de Gasser paraît une opération grave.

On institue le traitement par l'acide osmique éthéré en injection dans les nerfs sus et sous orbitaires.

La douleur disparaît et la guérison devient complète en peu de temps.

H. F.

Jacquet, ***Le zona et la dent de sagesse.*** (*Revue Odontologique*, avril 1904.)

Le Dr Jacquet a présenté dernièrement à l'Académie de médecine un cas intéressant de zona consécutif à l'éruption d'une dent de sagesse. Le malade, M. Pascalis, externe des hôpitaux, éprouve pendant la nuit de violentes douleurs au fond de la bouche, en arrière de la troisième molaire. On constate la présence à ce niveau d'une tuméfaction qu'on incise, puis les jours suivants, apparaît une éruption vésicobulbeuse de zona d'abord dans la région sous-mammaire droite, puis dans la région dorsale du même côté. Cette éruption fut accompagnée de névralgies très vives. L'auteur voit dans ce fait une réalisation de la « loi de Brown-Séquard », « l'excitation d'une région riche en nerfs provoque l'exaltation de la sensibilité de ce même côté ».

H. F.

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Guide pratique et formulaire pour les maladies de la bouche et des dents suivi du manuel opératoire de l'anesthésie par la cocaïne en chirurgie dentaire, par G. Viau, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Lorsqu'en 1893 M. G. Viau, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, fit paraître le *Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents,* notre confrère comblait une lacune de notre littérature professionnelle.

Aucun formulaire spécial à l'Odontologie n'avait, en effet, été publié jusqu'alors et tandis que l'Allemagne possédait le formulaire spécial de Kleinmann, nous étions réduits, en France, à quelques formulaires de médecine générale incapables de nous rendre les services que nous leur demandons.

S'il est vrai que le dentiste à cette époque ne formulait pas ou fort peu, car légalement, il n'en avait pas le droit, il n'en est plus de même depuis la loi de 1892 et le chirurgien-dentiste, par ses connaissances en pathologie et thérapeutique générales et spéciales, est aujourd'hui invité à formuler plus souvent.

Tous, nous connaissons le succès des deux premières éditions du formulaire de M. Viau ; c'est avec plaisir que nous leur en voyons maintenant succéder une troisième.

En réalité il s'agit presque d'un ouvrage nouveau plutôt que d'une édition nouvelle, car de nombreux chapitres sont venus enrichir l'ancien livre de M. Viau.

Nous signalons parmi ceux-ci de judicieuses remarques cliniques à propos des angines : des contractures des muscles masticateurs peuvent succéder à des pharyngites aiguës et le maximum des douleurs ressenties par le malade se localisant surtout au niveau du pilier antérieur du voile, le diagnostic peut se poser un instant avec les contractures dues à des accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure.

Au sujet de la pathogénie des grenouillettes nous aurions aimé voir l'auteur citer après les différentes théories classiques les notions nouvelles dues à Cuneo et Viau (*Presse médicale*, nov. 1902). Ces auteurs considèrent la grenouillette sublinguale comme tirant son origine des restes épithéliaux du sillon paralingual externe, conception pathogénique analogue à celle exposée par Malassez pour les kystes radiculo-dentaires dus aux débris épithéliaux para-dentaires et présentant donc pour le dentiste un intérêt particulier.

En revanche M. Viau nous donne un chapitre sur la syphilis buccale et le diagnostic des ulcérations linguales, clair et précis, essentiellement pourvu de qualités cliniques, donc pratiques.

De même, à propos de la polyarthrite alvéolo-dentaire, l'auteur, suivant l'évolution des idées modernes au sujet de la conception d'une articulation alvéolo-dentaire, définit les principes directeurs qui doivent conduire le traitement de cette affection.

La périodontite expulsive consistant essentiellement en une arthrite, son traitement doit avoir pour but de provoquer l'ankylose des articulations atteintes.

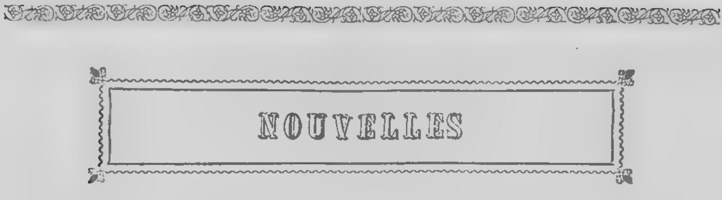
Obtenir une ankylose, tel doit être le but précis poursuivi par les nombreux moyens thérapeutiques successivement proposés contre cette affection et M. Viau a su faire ressortir ce point important d'une façon élégante et concise.

Un nouveau chapitre traite des matières obturatrices ; cette importante question était complètement passée sous silence dans les éditions précédentes ; nous y voyons figurer une longue série de formules sur la gutta, les ciments, les amalgames, etc. :

La deuxième partie du livre de M. Viau est consacrée à l'anesthésie locale par les injections de cocaïne et de tropacocaïne dont il a été l'un des vulgarisateurs. Nous y trouvons un historique complet de cet alcaloïde, cette longue série de tâtonnements opératoires qui eurent lieu autrefois pour son emploi. Le chapitre se termine par une excellente description de la technique actuelle, aujourd'hui réglée de façon si précise.

En résumé, formulaire complet et riche, doublé d'un aide mémoire de pathologie spéciale dont la concision est remplie de qualités cliniques, tel est l'ouvrage que nous donne aujourd'hui M. Viau et dont nous sommes heureux de le féliciter.

L. LEMERLE.



NOUVELLES

Souscription internationale destinée a rendre un hommage perpétuel au Dr Lecaudey.

Nous rappelons aux lecteurs qu'une souscription destinée à perpétuer la mémoire du vénéré M. Lecaudey a été ouverte le 9 mai 1904. Nous faisons un chaleureux appel auprès de ceux nos confrères qui voudraient prendre part à cette manifestation professionnelle.

Tous ceux qui ont connu le regretté Dr Lecaudey soit en France, soit à l'étranger, pourront rendre un hommage respectueux au bienfaiteur de l'Ecole dentaire de Paris et des différents groupements professionnels.

Nous prions instamment nos confrères de vouloir bien faire parvenir le plus tôt possible leur adhésion, soit à M. Rollin, 138, rue de Rivoli à Paris, soit à un des membres du Comité de patronage dont la liste suit :

Présidents d'honneur :

MM. Godon, Paris.
Poinsot, »
Michaëls, »

MM. Claude Martin, Lyon.
Harlan, Chicago.
Cunningham, Cambridge

Président :

M. Ronnet, de Paris.

Vice-présidents :

MM. Lemerle, Paris.
Richard-Chauvin, »

M. Lewett, Biarritz.

Secrétaire :

M. Blatter, Paris.

Trésorier :

M. Rollin, Paris.

MEMBRES DU COMITÉ

Paris.

MM. Barbe.
Baudet.
Bonnard.
D'Argent.
De Croës.
Delair.
G. Fouques.

MM. Friteau.
Gillard.
Giret.
Guillot.
Loup.
Magub.
Martinier.

MM. Papot.
Roy.
Sauvez.
Touvet-Fanton.
Viau.

Province.

MM. Bonnaric, de Lyon.
Bouvet, d'Angers.
Brodhurst, de Montluçon.
Pont, de Lyon.

MM. Coignard, de Tours.
Monnin, du Mans.
Schwartz, de Nîmes.

Nous publions ci-après une première liste de souscriptions.

Fédération dentaire nationale........................	100 fr.
Association générale des dentistes de France............	100
Syndicat des dentistes de l'Ouest......................	20
MM. Alaux, Blatter, Chaussebourg, Friteau, Godon, Lewett (Biarritz), Pont, Sauvez, Rollin, Rigolet, Tomine, Mme Burau (Jassy)...............................	225
Total...........	475

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

La 13e séance annuelle de la Société a eu lieu le mardi 21 juin ; elle a été suivie d'un banquet à l'hôtel des Sociétés savantes sous la présidence de M. le Dr Huchard, membre de l'Académie de médecine. L'Ecole dentaire de Paris compte un certain nombre d'amis dans cette société, notamment MM. les Drs Bérillon et Jules Voisin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste aura lieu à la Faculté à partir du lundi 18 juillet.

Les consignations seront reçues du mercredi 6 juillet au mardi 12 juillet inclus.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons, tout en *déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.*

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? N° 225. — *Où peut-on se procurer le chlorhydrate d'yohimbine ?*

? N° 226. — *Où peut-on se procurer la stovaïne cristallisée ?*

☞ *Réponse.* — On peut se procurer la stovaïne cristallisée dans toutes les pharmacies et spécialement chez Billon, 46, rue Pierre-Charron.

? N° 227. — *La veuve d'un dentiste, même marié avant la loi de 1892, peut-elle continuer à exploiter le cabinet de feu son mari et à son nom, en s'attachant un opérateur diplômé, lors même que l'on peut prouver qu'elle n'a jamais pratiqué ni aidé son mari et qu'elle exerçait une profession commerciale? Peut-on lui demander de prouver ses capacités professionnelles ? A-t-elle le droit de réclamer des honoraires à son nom comme dentiste ?*

COMPTES RENDUS DU 3ᵉ CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision** ; aussi a-t-il été nécessaire de faire un 4ᵉ VOLUME, qui est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes ; il vient d'être envoyé à tous les souscripteurs.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître IMMÉDIATEMENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

Société coopérative des Dentistes de France.

La Société coopérative a tenu son assemblée générale semestrielle le jeudi 23 juin. Les comptes arrêtés au 31 décembre 1903 ont été approuvés ainsi que les rapports du Commissaire des comptes et du Conseil d'administration.

L'assemblée a décidé et voté une troisième répartition de bénéfices aux adhérents.

Il a été procédé ensuite au renouvellement partiel du Conseil d'administration.

MM. Bioux, Blatter, Devoucoux, Delair et Hugo Szwaycarsky ont été élus administrateurs ; MM. Achille Audy, Platschick, Heïdé, Frey et Cecconi ont été nommés suppléants.

Sont ensuite désignés pour faire partie de la Commission de surveillance : MM. Carbonnel, Richer et Tournier Daille.

Avant de se séparer et après une intéressante discussion, l'assemblée a désigné une Commission spéciale composée de MM. Bioux, Heïdé et Sauvez en vue de créer un cabinet-type pour dentiste et d'arrêter un choix d'instruments à recommander.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

1er semestre 1904.

LIVRES ET REVUES.

M

N

NÉCROLOGIE.

NOUVELLES.

PROCÉDÉS ET PERFECTIONNEMENTS.

O

RÉUNIONS PROFESSIONNELLES.

REVUE ANALYTIQUE.

REVUE INTERNATIONALE.

REVUE CLINIQUE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

SUPPLÉMENT.

T

TRAVAUX ORIGINAUX.

Châteauroux. — Imp. A. Mellottée.